

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

---

I

ÉPITHELIOMA DE LA CORDE VOCALE SUPÉRIEURE.  
— EXTIRPATION ENDOLARYNGIENNE. — GUÉ-  
RISON. — ABSENCE DE RÉCIDIVE.

Par **A. GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière  
et **H. MENDEL**, interne des hôpitaux.

L'observation suivante a été recueillie à la clinique laryn-  
gologique de l'hôpital Lariboisière. Sa grande rareté la rend  
intéressante, ainsi que l'heureux résultat du traitement que  
nous avons employé.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, sans tare héréditaire.  
Elle a eu la variole il y a quinze ans et une bronchite plus ré-  
cemment. Jamais de laryngites.

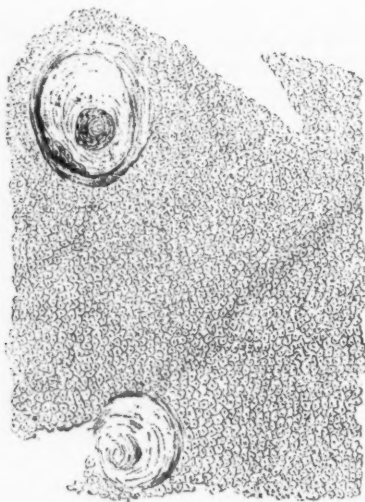
Elle est mariée et a un enfant de neuf mois.

En août 1890 elle prit froid ; sa voix se couvrit peu à peu, et  
l'aphonie devint complète. Elle alla voir un spécialiste de Paris,  
lequel lui aurait fait une légère opération dans le larynx (?). Sa  
voix revint un peu. Au bout de trois mois, l'aphonie reparut  
définitivement. A ce moment, la malade ne présente ni dyspnée,  
ni dysphagie ; elle tousse un peu.

La malade vient pour la première fois à la clinique dans les  
premiers jours de décembre. On constate sur la corde vocale  
supérieure gauche l'existence d'une grosse tumeur sessile, du  
volume d'un petit noyau de cerise, rouge à sa base, grisâtre à  
l'autre extrémité, et présentant à cet endroit plusieurs saillies  
arrondies. La corde vocale de ce côté est entièrement masquée ;  
on ne peut voir que les mouvements de la corde vocale droite.  
Le côté droit du larynx est absolument normal. Pas de ganglions.  
La dyspnée n'apparaît que lorsque la malade se livre à des mou-  
vements exagérés.

Après la cocaïnisation du larynx au moyen d'une solution au 1/3, le Dr Gouguenheim procède à l'extirpation de cette tumeur, qu'il enlève dans sa totalité au moyen de sa pince coupante à écartement antéro-postérieur. L'opération fut facile et faite d'un coup.

La tumeur, ayant bien le volume que nous avons dit, fut examinée par le Dr Paul Tissier, qui y constata l'existence de globes épidermiques absolument incontestables. Nous reproduisons cette coupe histologique.



La voix se rétablit presque immédiatement, et la dyspnée disparut. On put alors voir la corde vocale inférieure gauche, qui était seulement un peu injectée.

Le larynx de notre malade, examiné à plusieurs reprises, montra un gonflement un peu plus considérable de la corde vocale supérieure gauche, mais sans aucune récidence de la tumeur. Le dernier examen a été fait le 16 juin.

Voilà donc un épithélioma polypoïde du larynx guéri par l'extirpation. Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ont montré que les cas semblables sont très rares ; il est, du reste, fort difficile d'établir avec certitude le diagnostic

d'épithélioma polypoïde. Quant à la délicate question du traitement, elle est très discutée par les laryngologistes, et nous rapporterons les principales opinions :

### I.

Le siège ordinaire de l'épithélioma polypoïde n'est pas la fausse corde. La corde vocale inférieure est bien plus souvent atteinte.

Pour établir ce côté de la question, nous avons consulté l'ouvrage de M. le D<sup>r</sup> SCHWARTZ sur les tumeurs du larynx. Cet auteur a pu recueillir 61 cas de cancer, dans lesquels il a été possible de constater le point de départ de la tumeur. Sur ces 61 cas, quatre seulement se rapportaient au cancer primitif de la bande ventriculaire, tandis que, dans 10 autres cancers; le point primitivement atteint a été la corde vocale inférieure.

Si le cancer de la fausse corde est assez rare, il en est de même de la forme dite polypoïde. ISAMBERT (qui a créé ce mot) en rapporte deux cas. KRISHABER, cité par Schwartz, en rapporte un autre. B. FRAENKEL donne l'observation d'un cancer polypiforme du larynx qu'il a opéré avec succès par les voies naturelles. Le D<sup>r</sup> NEWMAN rapporte un cas. Enfin nous avons trouvé notre dernier exemple d'épithélioma polypiforme dans le *Traité* de FAUVEL. Cet auteur rapporte bien quelques faits de cancer débutant au niveau de la corde vocale supérieure gauche, mais les tumeurs qu'il décrit se confondaient insensiblement avec le tissu normal et n'étaient pas enlevables radicalement. Nous n'avons donc pas retenu ces cas, où il n'y a pas tumeur — au sens propre du mot — mais infiltration.

Nous pensons que cette rareté est bien plus apparente que réelle. Nous n'avons rapporté que les cas de cancers bien avérés. Mais les polypes réputés bénins et enlevés comme tels sont-ils vraiment tous de bonne nature ? Puisque, comme on le sait, le diagnostic entre le polype et l'épithélioma polypoïde est presque impossible, ne peut-on pas penser que quelques-uns des soi-disant fibromes ou papillomes des observations ne sont autre chose que des cancers ? L'examen histolo-

gique manque, en effet, bien souvent dans les faits publiés.

A ce propos, nous citerons encore le Dr Schwartz, aux idées duquel nous adhérons entièrement :

« Si la clinique et le traitement des tumeurs du larynx ont réalisé et réalisent encore des progrès considérables, peut-être ne pourrions-nous pas en dire autant de l'anatomie et surtout de l'histologie pathologiques des néoplasmes laryngés.

« Cela tient à plusieurs causes : tout d'abord, la plupart des tumeurs bénignes du larynx pouvant être enlevées par les voies naturelles, le sont souvent par fragments et dans des séances successives, de telle sorte que l'on n'a à sa disposition, pour pratiquer l'examen, que des parties souvent impropres à donner une bonne idée de la nature du néoplasme.

« D'un autre côté, bon nombre d'opérateurs se contentent d'un diagnostic anatomique sommaire, tiré des caractères extérieurs de la tumeur. Il serait à désirer, au point de vue des relations qui peuvent exister entre la structure d'une tumeur et son diagnostic thérapeutique, c'est-à-dire sa tendance à la récurrence ou à l'envahissement, que le nombre des examens complets et bien faits augmentât, pour le plus grand bien du malade et du chirurgien. »

Nous devons dire toutefois qu'ayant l'habitude, à la clinique laryngologique de Lariboisière, de faire l'examen microscopique de toutes les tumeurs du larynx enlevées, il est exceptionnel que cet examen ne soit pas conforme au diagnostic clinique ; c'est la surprise que nous éprouvâmes du résultat de l'examen de cette pièce qui nous a engagé à publier le fait que nous présentons aujourd'hui.

## II

Nous trouvant en présence de la tumeur que nous avons décrite, à quoi pouvions-nous penser ?

Quatre hypothèses seulement étaient acceptables : une tumeur bénigne, une tumeur tuberculeuse, une gomme syphilitique, ou enfin un cancer.

Les plus grandes probabilités étaient pour une tumeur



bénigne, bien que ces tumeurs soient relativement rares à ce siège : la bande ventriculaire. A part cette sorte d'irrégularité de position, la tumeur présentait tous les signes d'un fibrome : forme arrondie, presque régulière, couleur assez foncée, sessile. Elle montrait à son extrémité libre et arrondie quelques mamelons lisses, mais elle n'avait certainement pas les caractères physiques du papillome. Enfin, l'âge de la malade — 36 ans — était bien plutôt celui d'une tumeur bénigne que du cancer.

L'adénopathie n'existait pas, mais c'est là un signe peu important, puisqu'il peut manquer et que, d'après les remarques de Krishaber, le cancer intrinsèque du larynx ne s'accompagne presque jamais d'engorgement ganglionnaire. Les douleurs irradiées, à cause de leur circonstance et de leur irrégularité, ne peuvent pas non plus servir à étayer un diagnostic; elles manquaient dans notre cas, ainsi que la salivation — ce qui n'avait rien de surprenant, la tumeur n'étant pas ulcérée.

Après le fibrome, on pouvait penser encore à une *tumeur tuberculeuse*. Nous avons dit en effet que la tumeur était sessile et faisait presque corps avec la bande ventriculaire. L'intégrité des poumons, bien constatée chez notre malade, n'était aucunement un obstacle à cette hypothèse de tumeur tuberculeuse, car nous avons constaté quelques faits de tumeur de cette nature chez des malades ne présentant aucun signe de tuberculose. Nous devons dire cependant que cet aspect de laryngite tuberculeuse est rare. Ordinairement l'infiltration bacillaire présente une autre apparence : elle se porte plutôt sur la région aryénoïdienne. De plus, lorsqu'elle atteint les cordes supérieures, on observe assez rarement l'unilatéralité absolue des lésions. Le plus souvent, les deux bandes sont prises dans leur longueur et leurs bords libres se rapprochent de façon à recouvrir les cordes vocales. Néanmoins, le diagnostic de tumeur tuberculeuse à son début pouvait très bien s'admettre. Les muqueuses buccale et laryngée n'avaient pas ici la pâleur si commune chez les tuberculeux, enfin l'état général de notre malade était excellent.

La *gomme syphilitique* enfin était possible. On sait que l'interrogatoire des malades au point de vue d'une syphilis antérieure est bien souvent négatif, surtout chez les femmes. Aussi n'attachâmes-nous pas grande importance aux dénégations de notre malade, car une gomme de la bande ventriculaire nous aurait présenté la même physionomie que la tumeur en question.

Restait enfin le diagnostic de *cancer*, qui était possible, mais bien difficile à affirmer. Encore, l'idée de sarcome, tumeur fort rare, pouvait-elle s'admettre.

On voit donc combien le diagnostic était délicat; d'ailleurs tous les auteurs ne s'accordent-ils pas pour dire que le diagnostic du cancer polypoïde est une des questions les plus épineuses de la laryngologie?

Les véritables signes diagnostiques seraient l'évolution ultérieure et l'examen microscopique. Puisque nous avons pratiqué l'intervention précoce, et que nous avons écrit ce travail pour la recommander quand elle est possible, nous ne pouvons nous baser sur l'évolution ultérieure, pour fixer le diagnostic. Le seul diagnostic vraiment scientifique et rationnel sera celui donné par le microscope; c'est là un point si bien acquis que plusieurs auteurs, notamment BURLIN, SOLIS-COHEN, n'hésitent pas à recommander et très vivement l'extirpation d'un fragment de la tumeur et son examen histologique, toutes les fois qu'on le pourra.

### III

Reste l'importante question du traitement. Nous ne revendiquerons pas le mérite du traitement que nous avons appliqué ici, puisque en extirpant notre tumeur, nous avons cru enlever un fibrome. Nous nous rendons compte aussi que si notre cas est instructif, l'extirpation précoce d'un cancer polypoïde ne trouvera pas souvent son application, étant donnée la rareté de cette forme. En outre, il est probable qu'on a extirpé et qu'on extirpera peut-être encore des cancers polypoïdes en croyant enlever des fibromes ainsi que cela nous est arrivé.

Il n'en est pas moins intéressant de rechercher et l'opinion et la conduite des différents auteurs en la matière, pour en tirer une conclusion pratique.

D'abord il nous semble que si notre cas s'était présenté à un laryngologiste quelconque, même à un adversaire de l'extirpation précoce, ce laryngologiste n'aurait pas hésité à enlever une tumeur, sessile il est vrai, mais dont l'extirpation radicale semblait devoir réussir. La difficulté ne commence que lorsqu'on prononce le mot de cancer. Alors, les laryngologistes se divisent en deux camps : les abstentionnistes et les opérateurs.

Du côté des premiers, nous trouvons d'abord ISAMBERT (*Annales des maladies de l'oreille* 1876), qui oppose le danger de l'opération. Pour lui, il vaut mieux ne rien faire, car « nous savons, dit-il, que les avulsions de cancers polypiformes ont été suivies d'accidents inflammatoires ou d'œdèmes compromettant l'existence. » Aux cas si malheureux rapportés par ISAMBERT, nous pourrions facilement en opposer d'autres, dans lesquels l'intervention n'a créé aucune suite fâcheuse.

Le Dr SCHWARTZ est aussi un abstentionniste. Il pense que la méthode endo-laryngée n'a été mise souvent en pratique que par erreur de diagnostic. On croyait avoir affaire à un papillome et c'était un épithélioma polypiforme qui récidivait rapidement. Pour le Dr SCHWARTZ, cette méthode ne peut être employée que pour aider au diagnostic ; elle doit être repoussée en tant que curative. Néanmoins, nous devons dire que cette opinion n'est pas absolue ; M. SCHWARTZ se rend bien compte de la possibilité d'une intervention radicale, car « il comprend l'opération lorsqu'il s'agira de tumeurs épiglottiques ou encore de tumeurs de la cavité laryngienne facilement pédiculisables. »

FAUVEL n'est pas partisan de l'opération dans notre cas. Pour cet auteur, l'excision et l'arrachement, qui se font avec des guillotines ou des pinces, ne permettent d'enlever qu'une portion plus ou moins complète de la tumeur et laissent à leur suite une surface ulcéreuse qui ne tarde pas à bourgeonner. FAUVEL rapporte cependant (*Obs. XXI* de

son *Traité*) un cas d'épithélioma polypiforme qu'il a guéri par l'extirpation, et pour la durée de trois ans. Il s'agissait d'une femme de 42 ans, enrouée depuis neuf mois. Elle portait, sur la corde vocale inférieure droite, une tumeur sessile du volume d'un haricot, à surface rouge, légèrement granuleuse. FAUVEL extirpa ce petit néoplasme dont le microscope révéla la nature épithéliale. Sa voix se rétablit rapidement, mais trois ans après, la malade était prise d'un cancer sous-glottique.

GOTTSTEIN, MORELL-MACKENZIE et MOURE n'envisagent pas, dans leurs traités, l'éventualité de la forme polypoïde, en ce qui concerne le traitement du cancer laryngé. Ils ne conseillent donc pas l'intervention endo-laryngée, opération bien souvent nuisible dans les formes les plus ordinaires du cancer — ulcération ou infiltration. — LENNOX-BROWNE, dans son récent traité, se montre abstentionniste et pense qu'un résultat favorable après une intervention endo-laryngée dans le cancer ne sera jamais qu'une « heureuse exception. »

A ces abstentionnistes, on peut opposer un certain nombre de laryngologistes opérateurs.

BLANC (*Thèse de Paris* 1872) énonce ainsi son opinion : « Si la tumeur est pédiculée et située au-dessus des cordes vocales, on pourrait tenter l'ablation par la cavité buccale au moyen de pinces laryngées. Il faut, ajoute-t-il, que la tumeur soit limitée et que son extirpation complète paraisse possible. »

B. FRAENKEL (XV<sup>e</sup> Congrès allemand de chirurgie, avril 1886), auquel la méthode endo-laryngée a réussi se montre opérateur plus résolu. Il a extirpé en 1881 un polype de la corde vocale inférieure droite reconnu épithéliomateux au microscope. La tumeur a récidivé quatre fois, d'où quatre opérations dont la deuxième remonte à 1884. En avril 1886, aucune récidive ne s'était produite. Il est bon de dire que Fraenkel fit extirper par Madelung un gros ganglion carotidien qui, de même que la tumeur laryngée, fut reconnu infiltré d'épithélioma. En conséquence, cet auteur recommande vivement la méthode endo-laryngée lorsqu'il sera

permis de tout enlever. Il ne lui reconnaît ni danger ni inconvénient. Il conseille même de ne recourir à l'extirpation totale ou partielle du larynx que si l'extirpation endo-laryngée n'est pas applicable.

RAPHAEL ARIZA (*Annales mal. de l'oreille*, 1886), et NEWMAN (*Glasgow medical journal*, février 1888) sont de cet avis. L'opinion de ce dernier nous a paru curieuse à reproduire. Le cancer, d'après Newman, n'est primitivement qu'une affection locale, devenant générale par l'envahissement des lymphatiques. La guérison devient un fait possible si l'on intervient hâtivement, et le cancer, opéré dès le début, guérit. Il faut avouer que la transition de la maladie locale à la maladie générale est bien difficile à saisir. En outre, il est bien démontré que, même dans les cas opérés hâtivement, la récurrence est la règle. De l'assertion paradoxale de Newman, nous ne voulons retenir que le principe de l'intervention précoce.

#### IV

Il nous reste encore à décider à quelle méthode on donnera la préférence pour faire l'ablation d'un cancer poly-poïde.

On peut se servir soit d'une simple pince (Fauvel), soit d'une pince coupante (1)(Gouguenheim), soit de la guillotine de Størk, ou bien encore de la galvano-caustique.

La pince a réussi entre les mains de M. Fauvel, mais nous ne saurions recommander cet instrument qui a bien pour lui la précision, mais qui n'enlève qu'avec difficulté les tumeurs sessiles; et on sait que, dans le cas de tumeurs malignes, les manœuvres pénibles constituent une condition défavorable.

L'instrument tranchant — la guillotine de Størk, et surtout la pince coupante dont nous nous servons journellement à la clinique laryngologique de Lariboisière — réussit bien mieux

(1) La pince coupante dont nous nous servons a été décrite par GOUGUENHEIM et GLOVER, (*Annales des maladies de l'oreille*, 1890.) et construite par MATHIEU.

pour la pratique de cette intervention en raison de la rapidité et de la facilité avec lesquelles on opère. De plus, si l'on a soin d'appliquer fortement la pince, il est possible d'enlever les tissus dans une certaine profondeur, et les chances d'extirpation sont bien plus certaines. Nous attribuons notre succès à l'action complète et profonde de la pince coupante.

Quant à la galvano-caustique, nous ne saurions l'accepter que par l'emploi du serre-nœud de façon à ce que l'ablation soit radicale, mais nous ne recommandons pas cette intervention, qui a l'inconvénient d'exposer le tissu pathologique aux dangers de l'irritation.

Toutefois, après l'extirpation, on pourrait, comme Fraenkel, cautériser le point d'implantation avec le galvano-cautère. Nous ne l'avons pas fait dans notre cas, et nous n'avons pas eu de récurrence : ce n'est donc pas absolument indispensable, et le contact irritant du galvano-cautère pourrait avoir des inconvénients.

Enfin, il est inutile de dire que l'antisepsie la plus scrupuleuse doit présider à ces interventions.

## V

En cherchant à élucider un point particulier de l'histoire du cancer laryngé, nous avons voulu montrer d'abord l'innocuité de l'opération endo-laryngée, qui n'est suivie ni d'œdème compromettant l'existence (Isambert), ni de récurrence rapide (Schwartz, Fauvel), puisque notre petite tumeur est enlevée depuis six mois sans qu'elle tende à reparaitre et que le cas précité de Fauvel et un autre de Fraenkel présentent un espace de temps beaucoup plus long sans récurrence.

Nous voulons insister encore sur les avantages de cette opération. D'abord, il nous a été possible de tout enlever — fait qui pourra se présenter quelquefois — et par là, nous avons entravé la marche du cancer. Si la petite tumeur était restée à sa place, elle aurait envahi davantage la bande ventriculaire, puis les ligaments aryéno-épiglottiques; enfin, elle se serait ulcérée, et le cancer n'aurait été attaquant

— en admettant qu'il l'ait été, — que par la laryngotomie ou la laryngectomie. En enlevant ce petit néoplasme, nous avons procuré à notre malade, pendant un espace de temps qui peut être assez long, un larynx normal. Nous croyons donc pouvoir recommander une intervention qui ne présente aucun danger et dont les bénéfices ont des chances d'être considérables.

---

## II

### ÉTUDES SUR LES LARYNGITES CHRONIQUES. — PROCESSUS PACHYDERMIQUE. — TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par **Paul TISSIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris,  
lauréat de la Faculté de médecine.

*(Suite et fin.)*

## V

### DE L'ÉTAT FONCTIONNEL ET OBJECTIF DU LARYNX DANS LA LARYNGITE CHRONIQUE.

Au point de vue des troubles laryngés, les seuls dont nous nous occupions ici, le principal symptôme accusé par nos malades fut l'altération de la voix. Dans aucun cas, il n'existait de gêne de la fonction respiratoire du larynx, mais on conçoit qu'elle puisse exister.

L'altération de la voix était plus ou moins intense, allant depuis l'enrouement léger, une simple modification de timbre, jusqu'à la voix sourde, rude, cassée, pénible, du vieil alcoolique.

L'enrouement est surtout marqué le matin, ou au début de la conversation, lorsque le larynx s'est reposé, puis il s'atténue légèrement, comme si l'organe avait besoin de se mettre

en train. Mais si la conversation se prolonge, surtout en plein air, la voix se fatigue, et l'enrouement devient plus marqué. En même temps se produit une sensation de sécheresse, de picotement, qui provoque la toux, ou au moins une expiration forcée, le « hem » des auteurs.

Dans d'autres cas, où la sécrétion est plus abondante et la muqueuse moins sèche, l'enrouement suit une marche inverse et semble due à une fatigue de l'organe. Cet épuisement laryngé semble relever parfois d'un trouble indirect de la motilité. Au début de l'affection, l'enrouement qui survient au bout d'un certain temps, lorsque le sujet parle, semble dû à un excès de sécrétion.

L'examen du larynx donne le plus souvent la clé de ces modifications de la voix. Avant d'en arriver à la description des symptômes objectifs laryngés, nous devons insister sur l'absolue nécessité de faire porter l'examen sur le nez, le rétro-pharynx et l'isthme du gosier. On y constatera souvent, en effet, des lésions qui, imputables parfois à la même cause que les altérations laryngées, en sont souvent l'origine directe. Il y a là de précieuses indications thérapeutiques qu'on ne saurait négliger, si l'on veut améliorer l'état des malades.

Nous reviendrons sur cette question capitale, de notion d'ailleurs courante aujourd'hui; pour le moment, bornons-nous à la description de l'état du larynx chez nos malades.

Le plus souvent, on constate une congestion plus ou moins intense étendue à presque tout le larynx dont la coloration est rouge plus ou moins sombre. L'injection est cependant d'ordinaire plus marquée en certains points et présente une coloration rouge plus ou moins vif (région aryténoïdienne, cordes vocales, épiglote). L'injection est arborescente sur l'opercule, linéaire sur les cordes vocales dont elle suit le bord libre (MACKENZIE); elle est souvent assez peu marquée sur ces dernières (1). Par places, on voit de petits amas de mucus grisâtre ou jaunâtre, souvent assez adhérents.

(1) La plupart des auteurs rattachent à la laryngite chronique, l'affection décrite par MORELL-MACKENZIE, sous le nom de phlébectasie laryngée caractérisée par une dilatation morbide du système veineux.



Chez un certain nombre de malades, on ne constate autre chose qu'un état un peu inégal, rugueux, de la muqueuse, qu'un léger épaissement des cordes, rosées par places, quelquefois rouge-grisâtres, à bords inégaux, à surface légèrement irrégulière. Il est exceptionnel que ces lésions soient uniformément réparties sur les cordes, et elles prédominent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, souvent vers l'extrémité postérieure. Il est assez rare qu'une seule corde soit lésée l'autre restant absolument normale. LANDGRAF insiste sur l'aspect particulier violet bleuâtre des cordes vocales, semées de nombreux points blancs, d'où l'aspect de prunes moisis qu'il a rencontré dans la pachydermie laryngée.

Mais il s'agit là de faits bien connus, et nous ne pouvons nous y arrêter. Nous insisterons plus spécialement sur deux de nos observations.

Dans l'une, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans, employé de commerce, ayant la voix enrouée depuis quatre ans, à la suite, dit-il, d'un refroidissement. L'examen du nez est négatif, mais nous trouvons la paroi postérieure du pharynx recouverte de mucosités purulentes, très abondantes. Le malade ne fume pas et ne fait pas d'excès alcooliques. La paroi postérieure du larynx montre une rougeur diffuse; la corde vocale droite est le siège d'une tuméfaction assez marquée au niveau de son insertion apophysaire. La muqueuse est en ce point rouge et lisse. A la région interaryténoïdienne se continuant avec la tuméfaction de la corde droite, on note une masse du volume d'un petit pois à contours se confondant progressivement avec les parties voisines de coloration rouge intense, à surface finement mamelonnée.

Le long du bord libre de la corde vocale droite, dans son tiers postérieur, on voit une vascularisation assez marquée qui fait suite à la tuméfaction notée au niveau du processus vocal; la corde semble comme bordée par une néomembrane vasculaire.

Le traitement institué contre la pharyngite amène la disparition presque totale des sécrétions muco-purulentes, mais l'enrouement persiste. Les mouvements des cordes sont libres et l'occlusion de la glotte complète. Les attouchements au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, les fortes frictions avec l'acide lactique restent sans effet.

Après badigeonnage avec la cocaïne, nous portons la pince

coupante dans le larynx, et nous enlevons la plus grande partie des tissus hypertrophiés. Insufflation d'iodoforme.

La plaie se cicatrisa rapidement, la voix devint plus nette. Comme il restait encore une excroissance à la région interaryténoidienne, nous la sectionnons dans une seconde opération.

Quinze jours après, l'état du larynx était absolument modifié. C'est à grand'peine s'il était possible de reconnaître la trace de l'excision des parties tuméfiées. Les cordes avaient leur mobilité, et la partie postérieure du larynx, sauf un léger degré de congestion, était à peu près normale.

La voix, sans être parfaite, était infiniment meilleure. Encore un peu voilée, elle était cependant parfaitement acceptable. Nous avons prescrit alors à notre malade de l'eau sulfureuse à l'intérieur. Depuis lors (trois mois), son état s'est maintenu satisfaisant.

Le second cas est plus banal. Chez un étudiant de vingt-sept ans, fumeur, quelque peu buveur, nous trouvâmes en dehors d'une légère rougeur du pharynx et du larynx, une production saillante, rougeâtre, du volume d'une lentille siégeant sur la corde droite, à quelques millimètres de son insertion aryténoidienne, avec vascularisation de la partie postérieure de la corde vocale gauche. Celle-ci ne présentait pas de dépressions, et nous attribuons ce fait à l'existence facilement constatable au miroir d'une espèce de chevauchement des parties postérieures des cordes. La partie tuméfiée de la corde vocale droite venant se placer au-dessus de la corde gauche dans les mouvements d'adduction. Les symptômes laryngés, l'enrouement notamment, qui datait de plus de deux ans et devenait de plus en plus marqué, s'atténuèrent considérablement après l'ablation de la partie tuméfiée avec la pince coupante.

L'aspect de la tumeur, l'état du larynx et enfin l'examen histologique démontrèrent que l'on n'avait pas affaire à un polype, mais au processus décrit par Virchow sous le nom de pachydermie, verruqueuse à une forme hyperplasique de laryngite chronique.

Ainsi, et c'est ce que nous voulons retenir de ces deux cas, la laryngite chronique peut, à la partie postérieure des cordes et à la région interaryténoidienne, être constituée par des lésions hyperplasiques, pachydermiques, qui entraînent des troubles profonds de la voix.

Lorsque l'hyperplasie du chorion muqueux est marquée

et que le processus siège sur les cordes inférieures, on a alors affaire à la chordite hypertrophique des anciens auteurs, ou, si les cordes deviennent noueuses sur leurs bords, à la chordite tubéreuse de TURCK, au trachome des cordes vocales dont la lésion dominante serait l'hypertrophie du tissu conjonctif (WEDL). Les bandes ventriculaires sont moins fréquemment atteintes que dans la tuberculose, on les a vues cependant fortement tuméfiées (1).

Si les lésions envahissent la partie postérieure du larynx ou s'étendent même davantage, on se trouve en présence de la laryngite hypertrophique diffuse (CRUVEILHIER (2), MANDL (3), VÖGLER (4), ARIZA (5), LEWIN, RUHLE, KRISHABER et PETER, D. NEWMAN (6), DARIER (7), LUC (8), etc., etc.) dont il faut rapprocher certaines formes de laryngites dites sous-muqueuses (V. ZIEMMSEN, GOTTSTEIN).

Lorsque les lésions se limitent exclusivement ou tout au moins sont surtout marquées au niveau de la région des processus vocaux, c'est-à-dire vers la partie postérieure des cordes, on a la *pachydermie typique* de SOMMERBRODT. Mais dans la plupart des cas la région interaryténoïdienne est prise en même temps.

(1) LEWIN (*Virchow's Archiv.*, Bd XXIV, 429) prétend avoir souvent trouvé les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés, notamment chez les prédicateurs qui emploient les tons graves en parlant, l'épiglotte s'abaissant alors sous l'action des fibres musculaires contenus dans les replis ary-épiglottiques ; cette lésion n'a guère été retrouvée (V. ZIEMMSEN, M. MACKENZIE et GOTTSTEIN) ; elle s'observe au contraire fréquemment chez les tuberculeux.

(2) CRUVEILHIER. *Traité d'anat. path.*, T. V.

(3) MANDL. *Gaz. des Hôpitaux*, 29-31 mai 1862, p. 249-313 et 1861, p. 49-117.

(4) VÖGLER. Z. Diagnostik u. Behandlung d. chronische Laryngitis. (*Deutsche Klinik.*, 1863.)

(5) ARIZA. Laringitis hipertrofica benigna-observaciones de sus variedades supra e infraglottica. (*Instituto de terapeutica operatoria*, T. V., Madrid, 1885.)

Ariza traite surtout des cas de laryngite hypertrophique diffuse avec injection de la muqueuse sans granulations, sans polypes, avec sécrétion muqueuse peu abondante ou nulle.

(6) D. NEWMAN. Two lectures on chronic laryngitis and chr. pharyng. Their pathol. symptoms and treatment. (*Brit. med. Journ.*, 4-11 july 1885.)

(7) DARIER. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. *Soc. Anatom.*, 1888. (Il y avait la syphilis dans les antécédents de ce malade.)

(8) LUC. *Loc. cit.*

Nous avons insisté plus haut sur la nature, le siège et l'aspect des lésions. Nous n'en dirons donc ici que quelques mots. C'est B. FRÄNKEL qui en a donné la première description clinique; nous avons déjà rappelé qu'il ne s'agissait pas, d'ailleurs, de faits absolument inconnus antérieurement aux laryngologistes (STOERK, SCHOETZ, etc.).

Les tuméfactions sont le plus souvent bilatérales. Elles ont parfois une coloration grisâtre à la lumière solaire (VIRCHOW, MEYER). Elles n'empêchent pas l'occlusion de la glotte, la tuméfaction d'un côté se logeant dans une dépression de la corde opposée. L'enrouement n'est nullement constant (MEYER). Très ordinairement la tuméfaction siège à droite, la dépression à gauche ((SOMMERBRODT); celle-ci, lorsqu'elle est recouverte de mucus, simule assez bien une ulcération.

La région aryténoïdienne est ordinairement inégale, verrueuse, légèrement boursouflée et présente quelquefois des fissures. La parésie des dilatateurs de la glotte est assez commune (B. FRÄNKEL, MEYER). On a noté aussi plusieurs fois un sentiment de pression au niveau du cou, et de la dysphagie, surtout dans les cas d'ulcérations.

La partie antérieure des cordes reste normale. La marche de l'affection est très lente. Les causes d'irritation (excès de parole, alcool, poussière, etc.) y déterminent facilement des processus inflammatoires (HERYNG). Toutes les observations publiées jusqu'ici se rapportent à des hommes.

SCHADEWALDT considérant que les lésions décrites par Virchow étaient bien connues des laryngologistes, que le nom de pachydermie semble indiquer l'existence d'un processus spécial, propose le nom de chordite postérieure hypertrophique. Nous ne saurions mieux faire que d'adopter l'expression de SCHADEWALDT pour désigner cette variété de laryngite chronique, d'autant plus qu'elle a cet avantage d'être à la fois ancienne (BERGSON), d'exprimer bien la localisation et l'aspect du processus.

HERYNG préfère l'expression de laryngite desquamative de la région aryténoïdienne.

Nous avons insisté un peu sur cette localisation de la

laryngite, chronique en raison des recherches qu'elle a provoquées dans ces derniers temps. Elle semble assez fréquente et peut-être faut-il en chercher la raison dans ce fait, que dans les efforts de phonation la région des processus vocaux supporte la plus haute pression, d'où anémie momentanée (HERYNG). HUHNERMANN invoque, en outre, l'ossification précoce de l'apophyse vocale de l'aryténoïde, qui a été signalée plusieurs fois; mais on peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un processus secondaire.

Nous avons indiqué le processus anatomique des *productions verruqueuses, pseudo-papillaires, polypoïdes*, qui s'observent dans les laryngites chroniques, surtout dans la région aryténoïdienne (productions verruqueuses) et chordeale (productions polypoïdes). Une de nos observations se rapporte à cette variété de pachydermie verruqueuse (VIANCHOW). Rarement uniques, ces productions ont habituellement un large pédicule; elles sont constituées, comme nous l'avons vu, par un tissu fibreux plus ou moins dense, quelquefois par un tissu conjonctif plus jeune: les papilles sont nombreuses et souvent très développées; le revêtement épithélial y acquiert un développement souvent énorme. Leur surface est tantôt lisse, tantôt, et le plus souvent, finement mamelonnée; leur coloration est grisâtre, jaunâtre, terne; d'autres fois, au contraire, d'un rouge plus ou moins vif; leur grosseur dépasse rarement le volume d'un petit pois. Cependant, dans quelques cas où l'hyperplasie conjonctive est marquée, les tumeurs peuvent acquérir une grosseur plus grande. Elles ont alors une coloration rouge plus sombre.

Elles siègent d'ordinaire sur les cordes vocales inférieures, au niveau des bords libres; mais elles peuvent aussi se développer en d'autres points.

Nous ne dirons que quelques mots des *ulcérations fissuraires* de la région postérieure du larynx, qui sont assez communes dans les formes de laryngite chronique avec état pachydermique très accusé; signalées depuis longtemps et décrites par MM. ZIEMSEN, MORELL-MACKENZIE, STÖRK a par-faitement indiqué leur siège et leur aspect en forme de sillon

épithélial s'enfonçant entre deux petites plicatures s'élevant seulement un peu au-dessus du niveau de la muqueuse. Ces fissures sont assez douloureuses ; elles déterminent quelquefois des douleurs pongitives (SANDMANN), mais plus souvent une sensation de chatouillement, et provoquent la toux. HERYNG a noté des stries de sang provenant de l'ulcération dans l'expectoration. Elles causent souvent de la *dysphagie*, qui serait un symptôme très commun dans la pachydermie laryngée, d'après B. FRAENKEL.

Elles sont très tenaces, et ne cèdent dans un cas de SANDMANN qu'à l'emploi de la curette tranchante.

Quelquefois les ulcérations envahissent la profondeur et déterminent des lésions du cartilage. Ces faits, déjà signalés par MORELL-MACKENZIE et ZIEMSEN, ont été bien étudiés par VIRCHOW, HUNERMANN, LANDGRAF, FRAENKEL, KRAKAUER, KANTHACK, etc. Dans un cas de KRAKAUER, il y eut même élimination d'un aryténoïde. Pour LANDGRAF, c'est la périchondrite qui cause les troubles de déglutition et les accès de suffocation qu'on a notés plusieurs fois.

Ces ulcérations s'accompagnent souvent d'une inflammation catarrhale assez vive, avec rougeur des cordes vocales et sécrétion abondante de mucosités.

KANTHACK, qui a étudié ces faits avec soin, a montré que l'épithélium pouvait pénétrer profondément et arriver jusqu'au voisinage du périchondre. Dans ces cas, l'examen d'un fragment de muqueuse retiré par la voie endolaryngée ne pourra souvent pas renseigner exactement sur la nature du processus. L'atypie des cellules se voit dans la métaplasie épithéliale comme dans le cancer, et l'on a surtout comme élément de diagnostic la présence de masses épithéliales indépendantes dans le tissu conjonctif, qui ne s'observent que dans le cancer (VIRCHOW, KANTHACK), dans lequel l'état pachydermique de la muqueuse s'observe le plus souvent.

Les auteurs (ZIEMSEN, M. MACKENZIE, GOTTSTEIN, B. FRAENKEL, MEYER) signalent fréquemment des *troubles de la motilité* du larynx. Ces troubles doivent être répartis en plusieurs catégories : dans un premier groupe de faits l'occlusion glottique se trouve gênée par la présence de tuméfactions, soit

des cordes, soit de la région aryténoïdienne. Le fait est assez rare, la glotte pouvant d'ordinaire se fermer totalement par une sorte d'emboîtement ou de chevauchement des parties saillantes. Nous avons déjà noté ce fait. Dans un second groupe, il faut ranger les troubles dus à l'altération de la motilité par le fait de l'hyperplasie de la muqueuse et de l'extension du processus aux muscles sous-jacents. Nous avons observé un fait qui semblait relever de ce mécanisme pathogénique. Les fibres transversales du muscle ary-aryténoïdien et celles du thyro-aryténoïdien étant les plus superficielles, ces muscles sont les plus habituellement lésés, d'autant mieux que nous avons vu que le processus morbide se localisait de préférence sur la muqueuse qui les recouvre presque sans interposition, surtout à la partie médiane inter-aryténoïdienne, où les glandes pénètrent jusqu'entre les fibres musculaires. Il en résulte, soit un défaut de tension des rubans vocaux, soit une béance postérieure de la glotte suivant le muscle intéressé.

Mais les troubles moteurs sont ici infiniment plus rares que dans les laryngites aiguës, où ils font en quelque sorte partie intégrante du tableau symptomatique.

On a noté encore des parésies unilatérales dues vraisemblablement à une cause analogue, qui se caractérisent par une moindre amplitude des mouvements d'abduction et d'adduction de la corde lésée et une suractivité fonctionnelle compensatrice de la corde saine. (V. ZIEMSEN, GOTTSTEIN [1]).

Enfin B. FRAENKEL et MEYER ont vu plusieurs fois dans la pachydermie laryngée une parésie des dilatateurs se traduisant par une abduction insuffisante des cordes et pouvant même amener une certaine gêne respiratoire. S'agit-il d'un processus myopathique, arthropathique ou nerveux? il s'en faut que l'on soit d'ores et déjà fixé sur ce point.

Avant de terminer, nous croyons devoir encore examiner une question qui a bien son intérêt, à savoir les rapports de l'angine, dite granuleuse ou glanduleuse par les auteurs, décrite par TURCK, MANDL, LEWIN, RUHLE, CZERMAK, et admise un

(1) GOTTSTEIN. *Maladies du larynx*. Traduction française 1888, p. 98 et suiv.

peu théoriquement, il est vrai, par TROUSSEAU, par CHOMEL, par GUENEAU DE MUSSY; on en trouvera de bonnes descriptions dans les leçons de MANDL, dans les articles de KRISHABER et PETER (Dictionnaire encyclopédique) et de BÖCKEL (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique) dans le traité de MORELL-MACKENZIE, etc.

L'étiologie serait celle de la laryngite chronique en général, avec cette particularité, qu'elle se développerait d'ordinaire d'emblée et qu'elle succéderait ordinairement à un exercice immodéré de la voix, amenant une hyperactivité des glandes et consécutivement leur hypertrophie. Elle coexisterait habituellement avec la pharyngite granuleuse. Les granulations qui peuvent siéger un peu partout s'observeraient surtout dans les régions aryénoïdiennes riches en glandes.

Quelques-unes de nos observations rappellent par certains détails la laryngite granuleuse ou glanduleuse des auteurs, mais l'examen histologique ne nous a pas montré d'hypertrophie glandulaire. En outre, nous devons ajouter que beaucoup de laryngologistes contestent aujourd'hui l'existence même de cette variété de laryngite. Il est certain que la laryngite chronique coexiste fréquemment avec l'angine granuleuse, mais, pour identifier les deux processus, il faudrait d'autres preuves. Même ceux qui admettent l'existence de la laryngite glanduleuse accordent qu'il ne s'agit pas, anatomiquement parlant, d'un même processus (KRISHABER). Pour notre part, nous n'avons jamais rencontré de granulations laryngées *caractéristiques*, et nous croyons que cette variété de laryngite doit se confondre le plus souvent avec la laryngite chronique ordinaire dans laquelle on constate, en effet, parfois des hypertrophies glandulaires (V. ZIEMSEN, CORNIL et RANVIER).

GOTTSTEIN (1) fait remarquer qu'il ne se produit pas autour des glandes hypertrophiées l'accroissement rapide du tissu lymphatique de la muqueuse comme dans la pharyngite. Il regarde ces mamelons, « ces points rouges » comme des

(1) GOTTSTEIN. *Maladies du larynx*. Trad. française, p. 102, 1888.



productions papillomateuses, qui deviendraient souvent des polypes.

B. FRAENKEL (1) a tenté dernièrement de réhabiliter la laryngite glanduleuse, telle que la comprenaient KRISHABER et PETER, et il explique ainsi le développement des nodules des chanteurs dont la disposition ordinairement symétrique le long du bord libre des cordes est si caractéristique. Ces granulations très ordinairement bilatérales *secrèteraient*, elles siègent habituellement au-dessous du bord libre. Elles sont plus communes chez les femmes et déterminent parfois de l'enrouement et de la dysphagie. Quelquefois, cependant, elles auraient une influence favorable sur l'émission des notes très aiguës, en obturant plus complètement la glotte. KANTHACK (2) pense, au contraire, en se basant sur l'examen histologique de ces nodosités, qu'il s'agit simplement d'une accumulation de cellules épithéliales. On les a aussi considérées comme de petits fibromes (STÖRK, M. MACKENZIE).

FRAENKEL attribue encore une origine glandulaire aux nodosités et aux granulations qui, chez les enfants, provoquent de l'enrouement vers l'époque de la puberté.

## VI

### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

Nous avons étudié spécialement au point de vue de ce travail, 11 cas de laryngite chronique chez des sujets ni tuberculeux, ni syphilitiques, ni cancéreux ; ce nombre paraîtra peut-être insuffisant, mais nous ferons remarquer que nous pourrions au besoin apporter des documents *bien plus nombreux*, si nous ne préférons, en l'absence de détails *absolument précis*, nous abstenir de les faire entrer ici en ligne de compte. En outre, nous nous appuyons sur l'étude histologique d'un certain nombre de larynx, recueillis à l'autopsie

(1) B. FRAENKEL. Pathologische Bedeutung der Stimmmanddrüsen. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 43, p. 941, 28 octobre 1889.)

(2) KANTHACK. *Loc. cit.*

dans les conditions les plus variées, et provenant le plus souvent de sujets n'ayant pas présenté de symptômes bien accusés, pendant leur vie, du côté du larynx.

Dans ces 11 cas, trois fois il y avait coexistence de lésions pharyngo-nasales, deux fois nous avons noté des lésions nasales, deux fois il existait seulement une lésion chronique du rétro-pharynx, une fois le tissu adénoïde de la gorge, y compris les amygdales, était le siège d'une inflammation chronique, dans les trois autres cas, les lésions des organes voisins étaient minimes, en quelque sorte négligeables.

Au point de vue de l'âge, notre malade, le plus jeune, avait 22 ans, le plus âgé 56. Dans tous les cas, il s'agissait d'hommes. Ces faits sont du reste parfaitement d'accord avec les statistiques des auteurs qui montrent la plus grande fréquence de la laryngite chronique dans l'âge moyen et chez l'homme (1). On n'a encore observé la pachydermie typique que chez l'homme (SOMMERBRODT, MEYER).

Quatre de nos malades étaient des étudiants fumant beaucoup, buvant un peu; chez cinq autres, nous avons noté des excès alcooliques, un d'eux était marchand ambulant et fatiguait beaucoup sa voix.

Nous n'avons pas constaté, comme SOMMERBRODT, l'influence de l'habitation dans un milieu humide; l'influence des excès de parole et du refroidissement (HERYNG) existait chez notre dernier malade.

Chez 5 de nos malades on pouvait invoquer l'alcoolisme et comme facteur prédominant au moins chez deux d'entre eux.

Quatre malades avaient eu plusieurs laryngites aiguës et deux rattachaient leur enrouement à un catarrhe aigu antérieur du larynx. Il n'est pas absolument démontré qu'il n'ait pu s'agir d'une poussée aiguë chez des sujets dont le larynx était déjà touché.

(1) Nous avons trouvé des lésions de laryngite chronique chez un sujet de 15 ans, ayant succombé à des lésions sarcomateuses secondaires du poulmon, qui n'avait présenté aucun trouble laryngé pendant le temps de l'observation et n'avait pas été examiné à ce point de vue pendant la vie. Rappelons que KANTHACK a trouvé des altérations assez étendues dans le larynx de deux enfants, morts dans leur première année.

Nous n'avons pas trouvé habituellement de relation bien nette avec l'état de la nutrition générale que l'on désigne généralement sous le nom d'arthritisme, bien que deux des étudiants que nous avons eu à soigner en présentassent d'une façon manifeste les principaux attributs. Aussi croyons-nous qu'il ne faudrait pas repousser l'influence de ces troubles de la nutrition d'une façon absolue, ne serait-ce qu'au point de vue de la préparation du terrain.

Il faut sans doute aussi tenir compte de l'action des maladies antérieures à détermination laryngée.

Le mode d'action des causes mécaniques se comprend facilement, il s'agit d'une sorte de traumatisme direct (alcool, fumée du tabac, poussières irritantes). Il faut voir là une des raisons de la fréquence de la laryngite chez l'homme, etc. C'est par un procédé analogue que s'expliquent le plus souvent les lésions laryngées si fréquentes, consécutives aux affections pharyngo-nasales (1), les mucosités tombant dans le larynx, suivant pour cela la paroi postérieure du pharynx, et s'accumulant surtout à la partie postérieure (2).

On a encore invoqué la propagation de proche en proche des processus inflammatoires, et dans certains cas une véritable action réflexe pour expliquer les troubles laryngés consécutifs aux altérations du nez et du pharynx.

Dans ce dernier cas, la voix peut être plus ou moins profondément modifiée, alors que l'état du larynx est normal.

C'est ainsi qu'on peut expliquer les bons résultats obtenus en pareille circonstance par la résection de la luette, trop longue. Néanmoins, certains auteurs (STOKES, GOTSTEIN) regardent cette trop grande longueur de la luette comme une cause fréquente de catarrhe laryngé. Comme V. ZIEMSEN, MORELL-MACKENZIE est plus réservé et se rangerait volontiers à

(1) Certains troubles de la voix qui se produisent au moment de la puberté (mue de la voix) ont aussi souvent leur explication dans une lésion pharyngo-nasale. Nous avons vu que pour B. FRAENKEL, il s'agissait dans ces cas d'une lésion glandulaire. M. MACKENZIE admet une congestion marquée des rubans vocaux.

(2) Peut-être dans ces cas y a-t-il intervention des microorganismes. HERYNG avait déjà émis cette hypothèse à propos de certaines formes de pachydermie.

l'opinion de RÜHLE, pour qui l'allongement de la luette et le catarrhe laryngé sont les effets d'une même cause, la laryngite chronique.

Ajoutons en terminant que la laryngite peut être secondaire à une laryngite aiguë de nature variable et à différents processus laryngés.

Nous ne saurions insister plus longtemps sur ce sujet de l'étiologie que nous ne prétendons nullement traiter ici avec tout le soin qu'il mériterait.

## VII

### DIAGNOSTIC

Dans les affections à caractères anatomiques et cliniques bien tranchés, le diagnostic ressort naturellement de la simple description de la maladie. Il n'en va pas de même lorsque le processus en question a des causes aussi diverses, un aspect aussi peu spécial, des lésions aussi peu individualisées, que la laryngite chronique.

Il ne suffit pas, en effet, d'établir l'existence d'une maladie, il faut encore se demander s'il est possible de la reconnaître d'après son signalement propre et non pas seulement par voie d'exclusion.

Il faut avouer que la chose est souvent fort délicate et demande une longue expérience et un grand tact clinique. C'est là ce qui ressort des travaux de tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Une des raisons qui contribuent le plus à augmenter les difficultés du diagnostic, c'est cette notion, depuis longtemps établie, que la plupart, sinon toutes les affections du larynx à marche lente peuvent déterminer, à un moment donné de leur évolution, de l'inflammation chronique du larynx qui ne revêt pas, en la circonstance, de caractères spéciaux.

Avant tout, pour nous orienter, rappelons l'évolution de la laryngite chronique. Simple lésion épithéliale dans les formes légères, elle peut se caractériser par des altérations complexes du revêtement épithélial et du chorion muqueux

(métaplasie, transformation épidermoïdale, hyperplasie conjonctive).

Elle comprend ainsi, comme une de ses variétés, la pachydermie typique de SOMMERBRODT et des auteurs allemands. C'est donc à tort, suivant nous, qu'on a cherché à établir une ligne de démarcation entre la laryngite chronique et la pachydermie. La tuméfaction de la région des processus vocaux ne caractérise pas la pachydermie : cette tuméfaction peut faire défaut dans des cas de pachydermie type, elle constitue seulement un des éléments du processus (KANTHACK). Les recherches d'HERYNG, celles plus récentes de KANTHACK et de plusieurs autres auteurs sont d'accord avec les nôtres, déjà exposées en partie dans le traité de la « Phtisie laryngée (1). D'ailleurs, SOMMERBRODT déclare lui-même qu'il est assez difficile au début de distinguer la laryngite chronique de la pachydermie. Il donne surtout comme élément différentiel l'aspect des lésions, coïncidant avec l'intégrité à peu près complète du reste des cordes. Mais la plupart des auteurs reconnaissent la fréquence du catarrhe chronique concomitant. (B. FRAENKEL, LANDGRAF, etc.)

Il est parfois assez délicat de séparer la tuberculose de la laryngite chronique. Néanmoins, la question ne peut se poser qu'au début. Les ulcérations tuberculeuses ne rappellent que de bien loin les fissures de la laryngite pachydermique.

L'aspect inégal, avec excroissances polypiformes de la région inter-aryténoïdienne doit faire songer à la tuberculose.

L'absence de lésions pulmonaires appréciables ne saurait faire rejeter ce diagnostic, les altérations de la région aryténoïdienne pouvant être très précoces et précéder pendant des mois tous les autres symptômes de tuberculose.

D'autre part, les auteurs déclarent que rien n'est plus fréquent que cet état inégal, mamelonné, de la région inter-aryténoïdienne, à la suite des affections rhino-pharyngées, et des différentes causes d'irritation laryngée. Le tiraillement

(1) GOUGUENHEIM et TISSIER. *Loc. cit.*

que subit la région dans les quintes de toux suffirait à la produire. (HERYNG.)

A cela nous répondrons que déjà, à l'état normal, la région inter-aryténoïdienne présente certaines inégalités, dues à la présence de plicatures et de sillons à direction générale longitudinale surtout manifestes dans la demi-occlusion glottique. Sous l'influence de la contraction des fibres transversales superficielles du muscle ary-aryténoïdien auxquelles elles sont unies par un tissu cellulaire lâche, l'aspect s'exagère et s'accuse sous l'influence de toute irritation mécanique, mais il n'arrive jamais à donner l'impression d'une muqueuse inégale recouverte de petites granulations grisâtres, pâles, peu consistantes, telles qu'on les observe dans la tuberculose. D'ailleurs nous sommes convaincus qu'on ne saurait être trop circonspect en la matière et toutes les fois qu'il existe un état analogue de la région inter-aryténoïdienne, il faut savoir réserver le pronostic.

De même que plus d'un cas publié autrefois sous le nom de laryngite chronique appartient à la tuberculose, de même certaines observations de pachydermie nous semblent devoir être rapprochées des formes scléro-végétantes, ou mieux scléro-papillaires de la tuberculose laryngée.

L'évolution de ces lésions étant remarquablement lente, il faut se garder de porter un jugement hâtif. Nous avons examiné à l'autopsie le larynx de nombreux sujets morts de phtisie pulmonaire sans troubles laryngés et nous avons bien des fois constaté cet aspect de la région inter-aryténoïdienne, qui faisait défaut chez les sujets morts d'autres affections. Il n'est pas illogique de voir dans ces lésions une forme de réaction de la muqueuse laryngée vis-à-vis des micro-organismes contenus dans les crachats qui s'arrêtent volontiers à la région inter-aryténoïdienne.

D'autre part, il est certain que la tuberculose détermine des lésions irritatives chroniques, qui n'en dérivent que d'une façon indirecte. C'est ainsi que s'expliquent sans doute la fréquence des lésions pachydermiques de la muqueuse dans la tuberculose chronique du larynx. Ces lésions n'ont ici rien de spécifique, et de même que dans la laryngite chro-

nique simple, elles peuvent causer des tuméfactions et amener le développement de productions papillaires, de polypes, qui ont été décrits par différents auteurs.

Ceux-ci, répétons-le, n'ont aucun lien direct avec le bacille tuberculeux, à l'encontre des productions polypoïdes qui constituent une forme si typique et si caractéristique de tuberculose laryngée primitive, ainsi que nous l'avons établi avec M. le Dr GOUGUENHEIM.

Nous nous bornons à mentionner cette forme particulièrement intéressante car elle ne présente aucune difficulté de diagnostic, à la condition de ne pas confondre les polypes tuberculeux qui la caractérisent avec les productions polypeuses tuberculeuses ou non décrites par ARIZA, FOA, PERCY-KIDD, etc., ce que font beaucoup d'auteurs, qui nous ont sans doute mal lus ou mal compris.

Les différentes espèces de polypes laryngiens seront faciles à distinguer de la forme verruqueuse de la laryngite chronique, dans la majorité des cas, tout au moins. Néanmoins, certaines observations de papillomes du larynx se rapportent incontestablement à la laryngite chronique. On s'appuiera surtout sur l'état de la muqueuse, le siège des productions papillomateuses, leur tendance à la récurrence, désespérante dans certains cas.

Les affections syphilitiques secondaires de la muqueuse laryngée ne sauraient être confondues avec la laryngite chronique, même au moment de poussées aiguës ou plutôt subaiguës qui s'y observent parfois. Les laryngites tertiaires ont une marche plus rapide, le siège des tuméfactions, des hyperplasies est généralement différent, les ulcérations ont des caractères spéciaux et aboutissent à la production de cicatrices, à peu près caractéristiques. Dans les cas douteux, le traitement servira de pierre de touche.

On a agité plus souvent la question du diagnostic de la forme pachydermique avec le carcinome. Il est hors de doute que par certains caractères anatomiques et cliniques les deux processus ont plus d'un rapport. Nous avons traité plus haut la question du diagnostic anatomique. Au point de vue clinique, on se basera sur la localisation du processus

vers la région des processus vocaux, sur la bilatéralité des lésions, sur l'absence de troubles précoces de la motilité (1), sur la présence d'une dépression au centre de la tuméfaction pachydermique, dans le cas de lésions bilatérales, dépression surtout marquée d'un côté sur la lenteur de l'évolution, etc.

Le problème se complique si l'on admet que la pachydermie qui accompagne souvent le cancer peut le précéder et en préparer l'évolution. Mais la plupart des auteurs font des réserves sur ce dernier point et il faut, dans l'état actuel de nos connaissances, s'en tenir à l'opinion de Virchow, qui n'admet pas cette transformation.

### VIII

#### DE QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES LARYNGITES CHRONIQUES.

Nous croyons qu'aujourd'hui on ne saurait rester désarmé vis-à-vis des formes graves de laryngite chronique, atteignant les cordes vocales et troublant plus ou moins la phonation.

La première indication, indication capitale, sera de s'adresser tout d'abord à la cause productrice, chaque fois que la chose sera possible et pour cela on soignera tout d'abord les lésions qui peuvent exister du côté du nez, du rétro-pharynx ou de la gorge.

Cette indication remplit, quels sont les moyens dont nous disposons vis-à-vis des lésions laryngées? Les astringents, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'iode, l'acide lactique donnent des résultats à peu près négatifs. V. ZIEMSEN recommande surtout le tanin en solution à 1/100 et le nitrate d'argent en nature ou en solution concentrée. GREEN préconise le nitrate d'argent, MORELL-MACKENZIE le chlorure de zinc, le tanin et la glycérine phéniquée dans les cas tenaces avec diminution des sécrétions, GOTTSTEIN les solu-

(1) Ce dernier caractère n'aurait cependant pas une très grande valeur, si nous nous rappelons que FRAENKEL et MEYER signalent la fréquence des parésies musculaires dans la pachydermie.



tions de nitrate d'argent de 4 à 10 0/0, et le tanin à 10 0/0 en solution dans la glycérine. L'iode a échoué entre les mains de STÖRK, de GOTTSTEIN, de SCHÖTZ, etc. L'électricité a de rares indications (V. ZIEMSEN). HERYNG emploie les solutions faibles de nitrate d'argent, MEYER préconise l'iodure de potassium à l'intérieur. LANDGRAF a guéri trois malades par une cure d'eaux sulfureuses. B. FRAENKEL donne l'iode à l'intérieur et insiste beaucoup aussi sur l'emploi des eaux sulfureuses. KRAKAUER a eu des succès avec les inhalations de tanin et les cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Mais l'expérience de tous les jours montre le peu de fond qu'il faut faire sur l'action de ce mode de traitement.

On a déjà agité plusieurs fois la question du traitement chirurgical, qui donne de si beaux résultats dans les formes scléro-végétantes, c'est-à-dire pachydermiques de la tuberculose laryngée.

SOMMERBRODT croit dangereux l'emploi de la galvano-caustique et de la curette, dans la crainte de voir les lésions prendre un caractère de mauvaise nature et évoluer vers l'épithéliome. Cette crainte est-elle fondée? Nous ne le croyons pas. L'application de la pince coupante produit un traumatisme assez léger, les caustiques ne pourraient-ils pas à plus forte raison être accusés de la même influence nocive.

La grande statistique, élaborée par les soins de SEMON, nous a montré que cette transformation de processus irritatifs en processus cancéreux, était au moins exceptionnelle et la crainte de SOMMERBRODT nous paraît exagérée.

Lorsqu'on se trouve, dans une autre région de l'économie, susceptible de devenir le siège d'un néoplasme, en présence d'une lésion chronique irritative, l'indication est d'enlever au plus vite le tissu malade, pourquoi n'en serait-il pas de même pour le larynx?

En outre, nous devons dire immédiatement que les résultats obtenus dans plusieurs cas ont tellement dépassé notre attente, que nous croyons absolument préférable d'enlever d'un seul coup, par une section nette, les tissus malades, plutôt que de les irriter par des attouchements astringents

ou caustiques, qui doivent être très longtemps et très souvent répétés, si l'on veut arriver à quelque résultat.

Encore devons-nous dire que l'on a pour ainsi dire exceptionnellement des succès complets par cette méthode, lorsque les lésions ont atteint un certain degré.

Nous nous sommes servis dans ce but de la pince coupante de M. le docteur GUGUENHEIM, qui nous paraît être l'instrument de choix, toutes les fois qu'il existe une hyperplasie limitée, surtout à la région postérieure des cordes. Dans le cas de laryngite hyperplasique diffuse, surtout marquée à la région postérieure du larynx, l'emploi de l'emporte-pièce de Krause donnera de bons résultats. On pourra aussi utiliser, à l'exemple de SANDMANN et de M. LUC (1) la curette de HERYNG. SCHOETZ se borne à traiter le catarrhe et, dans les cas rebelles seulement, intervient chirurgicalement. La récurrence serait assez commune après l'intervention (B. FRAENKEL). Il est bon de recommander le silence au malade après l'intervention opératoire. Mais est-il bien nécessaire de demander un silence *absolu*? D'après ce que nous avons vu dans la laryngite chronique et dans les autres processus justiciables du traitement chirurgical, nous croyons que cette précaution, dictée par la crainte d'irriter la muqueuse, est au moins exagérée.

Dans les formes légères de laryngite chronique, dans les formes graves pour achever la guérison, il peut être indiqué de s'adresser aux pansements intra-laryngés et, à ce point de vue, nous avons obtenu de bons résultats avec le chlorure de zinc et, dans certains cas, avec le menthol, si utile dans les formes aiguës.

Mais le médicament qui nous a donné de beaucoup les meilleurs résultats est le naphthol camphré, porté en nature au niveau des points malades. Il faut avoir soin d'exercer une friction assez énergique. L'application est peu douloureuse et ne détermine un léger spasme que lors des premiers pansements. L'attouchement, répété deux fois par semaine, amène une amélioration très rapide de l'état local de la mu-

(1) LUC. *Loc. cit.*

queuse et donne des résultats absolument remarquables au point de vue du retour de la voix.

Lorsque la muqueuse laryngée se trouve modifiée par les applications de naphthol camphré, il est souvent préférable de terminer le traitement par des attouchements avec une solution assez concentrée de chlorure de zinc.

Il ne faut pas compter beaucoup sur les médicaments internes, néanmoins on se trouve souvent bien d'administrer des substances qui, agissant sur la sécrétion du mucus, peuvent calmer les sensations désagréables que certains malades accusent au niveau du larynx.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici en détail les indications des cures thermales sulfureuses ou autres ni le mode d'action des eaux sulfureuses prises à l'intérieur. Leur action est incontestable dans certains cas et on obtiendra souvent ainsi des améliorations sérieuses (V. ZIEMSEN, B. FRAENKEL, LANDGRAF, etc.), dont nous avons maintes fois constaté la réalité.

#### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARIZA. Laringitide hipertrofica benigna etc. (*Instituto de terapeutica operatoria*, t. V. Madrid, 1885.)  
 BARTH. Section d'otologie du congrès de Berlin, 1890.  
 BERGENGRÜN. Verruca dura laringis. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXVIII.)  
 O. CHIARI. Congrès de Berlin, 1890.  
 CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*, t. II.  
 COYNE. Thèse de Paris, 1874.  
 CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathol.*, t. IV.  
 DARIER. *Soc. anatomique*. 1888.  
 DOLERIS. Recherches sur la tuberculose du larynx. (*Archives de Physiologie norm. et pathologique*, 1877.)  
 FÖRSTER. *Lehrbuch d. patholog. Anatomie*, Iena, 1864.  
 B. FRAENKEL. *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 1-6, 1889 et n° 10-11, 1889.  
 B. FRAENKEL. Pathologische Bedeutung d. Stimmbanddrüsen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 941, n° 43, 28 octobre 1889.)  
 GOTSTEIN. *Maladies du larynx*, Paris, 1888.  
 GOUGUENHEIM et TISSIER. *Phthisie laryngée*, p. 125 et suiv., Paris, 1889.  
 HERYNG. *Die Heilbarkeit d. Larynxphthisie*. Stuttgart, 1887 et trad. française.  
 HEYMANN. Beitrag z. Kenntniss d. Epithel u. d. Drüsen d. menschlichen Kehlkopfs. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXVIII.)  
 HUNERMANN. Über Pachydermie u. Gechwürsbildung a. d. Stimm. (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1881.)  
 JÜRGENS. *Charité Aertz. Gesellschaft*, 1889.  
 KANTHACK. Studien üb. d. Histologie d. Larynxschleimbaut, u. s. w. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXIX, Heft 2 et Bd CXX, Heft 2, 1890.)  
 KRAKAUER. *Berl. klin. Woch.*, n° 10, 10 mars 1889.

- KRISHABER et PETER. Art. Larynx. (*Diction. encyclop. des sciences médicales.*)
- LANDGRAF. *Berl. klin. Woch.*, n° 10, p. 225, 10 mars 1889.
- LEROY, *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1877 et 1884.
- LUC. Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée, etc. (*Archives de laryngologie et de rhinologie, etc.*, III, n° 1, p. 13, février 1889.)
- MANDL. *Gaz. des hôpitaux*, 29-31 mai, p. 219 et 313, 1862 et 1861, p. 49-137.
- MEYER. Ueber Pachydermia laryngis. (*Laryngol. Gesellschaft z. Berlin. Sitzung v.*, 6 décembre 1889.)
- MICHELSON. *Königsberg's Verein f. wissenschaft. Heilkunde. Berl. klin. Woch.*, n° 10, 1890.
- MORELL-MACKENZIE. *Traité des maladies du larynx*, Paris, 1882.
- D. NEWMAN. Two lectures on chronic laryngitis a. chr. pharyng. etc. (*British med. Journal.* 4-11 juillet 1885.)
- ORTH. *Lehrb. d. path. Anat.*, s. 315, 1881.
- RETH. Ueber Pachydermia laryngis. (*Wiener medic. Wochenschr.*, n° 27, 1889.)
- RHEINER. *Würzburger Verhandlungen*, 1851 et *Inaugur. Dissertat.*, 1852.
- SANDMANN. *Berl. kl. Woch.*, n° 10, p. 235, 10 mars 1889.
- SCHADEWALDT. *Ibid.*
- SCHOTTELIUS. *Zur Aetiologie d. einfacher Kehlkopfgeschwüre*. Cassel, 1880.
- SCHÖTZ. *Berliner klin. Wochenschrift*, s. 235, n° 10, 10 mars 1890.
- SOMMERBRODT. Ueber die typische Pachydermie d. Kehlkopfs. (*Berliner klin. Wochenschrift*, s. 429, n° 19, 1890.)
- STOECK. *Klinik d. Kehlkopfkrankheiten*. Stuttgart, 1876.
- TÜRCK. *Klinik d. Krankheiten d. Kehlkopfs u. d. Luftröhre*, Vienne, 1866.
- VIRCHOW. Ueb. catarrhalische Geschwüre. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 8-9, 1884.)
- VIRCHOW. *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 32, 1887.
- VOGLER. Z. Diagn. u. Behandl. d. chron. Laryngitis. (*Deutsche Klinik.*, 1863.)
- VON ZIEMSEN. Krankheiten d. Kehlkopfs. (*Laryngitis chronica* S. 228, u. f.; in *v. Ziemsen's Handbuch*, 1877.

### III

#### CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CAVITÉS NASALES

Par le Dr **Joseph GRADENIGO**, professeur d'otologie à l'Université de Turin.

L'étude de la rhinologie a pris, dans ces dernières années, une importance toujours plus grande, non seulement en raison de la gravité que les affections du nez et de ses

accessoires peuvent offrir par elles-mêmes, mais encore parce qu'on a reconnu que ces affections doivent être considérées, dans la grande majorité des cas, comme la cause des maladies de l'oreille moyenne, et qu'elles peuvent constituer l'origine de faits réflexes de diverse entité de la part de l'appareil respiratoire, et, parfois, de l'organisme entier. Cependant, tandis que, grâce aux perfectionnements récents dans les moyens de recherche et à l'introduction, dans la pratique, du chlorhydrate de cocaïne comme moyen diagnostique, nos connaissances, au point de vue clinique, peuvent être regardées comme assez complètes, il reste encore beaucoup à faire sous le rapport anatomo-pathologique; c'est pourquoi je crois qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter brièvement les résultats d'une série de recherches anatomiques que j'ai entreprises sur les cavités nasales de cadavres mis gracieusement à ma disposition par MM. les professeurs Foà et Giacomini, auxquels je suis heureux d'offrir ici de vifs remerciements.

Les individus examinés furent au nombre de 103 (hommes et femmes), pour la plus grande partie adultes, souvent d'âge avancé. Quatre seulement étaient des enfants de 10 à 14 ans.

L'examen était fait d'une manière complète: j'examinais d'abord les cavités nasales proprement dites et le rhinopharynx, puis les sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux, puis l'oreille moyenne et la cavité mastoïdienne. Je mentionnerai ici sommairement les résultats de l'examen macroscopique, me réservant de communiquer ultérieurement ce que je pus tirer d'intéressant de l'étude histologique des lésions plus graves, étude que je complète actuellement.

Les altérations que j'ai rencontrées dans les cavités nasales et annexes peuvent se diviser en anomalies ou particularités de conformation, de caractère congénital, et en lésions pathologiques véritables.

Sur 103 individus, 39 (37 0/0) seulement ne présentaient pas de lésions pathologiques; sur ceux-ci, 30 étaient normaux et 9 offraient des particularités congénitales dignes

de remarque. Sur 103 cas, les particularités congénitales se rencontraient chez 33 individus (32 0/0) distribuées comme il suit :

a) Trous accessoires de l'antre maxillaire chez 17 indiv.		
b) Crête du <i>septum</i>	— 12 —	
c) Appendices pédonculés sur le cornet inf.	— 1 —	
d) Fusion des cornets moyen et supérieur	— 1 —	
e) Bandes longitud. sur le cornet inférieur	— 1 —	
f) Bulle ethmoïdale saillante	— 1 —	
	<hr/>	
	33	

a) Les trous accessoires de l'antre d'Highmore sont situés sur la paroi latérale des cavités nasales, sur le cornet inférieur 10 fois, c'est-à-dire 1 bilatéral, 2 à droite, 7 à gauche; 1 sous le cornet inférieur et 1 dessus; 2 fois bilatéraux, 1 sur le cornet inférieur et 1 sur le moyen, 1 fois à gauche. Sur le cornet moyen 1 bilatéral, 1 droit, 1 gauche; 3 fois : 1 sur le cornet moyen et 1 sur le supérieur, 1 fois bilatéral.

Les trous accessoires du sinus maxillaire existaient donc dans 17 cas, savoir : 5 fois bilatéraux, 4 fois à droite, 8 fois à gauche. L'existence de ces trous accessoires a une importance, même au point de vue clinique, parce que le trou accessoire rend plus facile l'irrigation, par la voie naturelle du sinus maxillaire, dans les cas d'empyème, irrigation souvent difficile par l'*hiatus semi-lunaire*. Il faut remarquer que le trou accessoire se trouve plus souvent à gauche. Mes recherches établirent en outre que ces trous se rencontrent non seulement sur le cornet inférieur, comme le fait remarquer Moldenhauer (1), mais encore, quoique plus rarement, dans d'autres régions de la paroi externe des cavités nasales.

b) Les crêtes du *septum* se rencontrèrent 12 fois (11 0/0), savoir : 8 fois saillant vers la cavité nasale gauche, et 4 fois vers la cavité droite. Le plus souvent elles avaient la disposition décrite par Hartmann, c'est-à-dire qu'elles

(1) *Krankh. der Nasenhöhle*, Leipzig, 1886, p. 12.

couraient de l'avant et du bas, en arrière et en haut; c'étaient plutôt des crêtes que des épines.

c) Comme particularité congénitale je signalerai, en outre, l'existence, dans un cas, de deux appendices pédunculés, de la dimension et de la forme d'un demi-pois, constitués par une simple muqueuse et placés symétriquement, un de chaque côté, sur la partie plus convexe du cornet inférieur, au point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Je ne sache pas que ces appendices aient été décrits sur ce point par d'autres observateurs.

d-e) Dans un cas, le cornet supérieur apparaît presque entièrement fusionné avec le cornet moyen; dans un autre cas il existait, symétriquement, de petites bandes longitudinales sur la muqueuse du cornet inférieur.

f) Dans un cas, la cellule osseuse du labyrinthe ethmoïdal qui forme le bord supérieur de la *gouttière semi-lunaire* était développée d'une manière exagérée, de forme sphérique, saillante; les cornets étaient, au contraire, peu développés.

Quant aux lésions pathologiques proprement dites, en voici l'énumération :

a) Hypertrophie de la muqueuse tapissant le cornet inférieur, spécialement dans l'extrémité postérieure.....	18	{	15 bilat.
			2 à d.
			1 à g.

b) Hypertrophie de la muqueuse tapissant le cornet inférieur et le cornet moyen..	7	7 bilat.
	<hr/> 25	

c) Polypes et granulations polypôides prenant origine sur le contour de l' <i>hiatus semi-lunaire</i> , en cas d'empyème du sinus maxillaire.....	4	{	3 bilat.
			1 à g.
			6 bilat.

a) Empyème du sinus maxillaire.....	19	{	10 à g.
			3 à d.

A reporter.....	48
-----------------	----

<i>Report</i> .....	48
e) Hypérémie, inflammation aiguë et subaiguë de la muqueuse nasale.....	11 bilat.
f) Perforation du <i>septum</i> .....	2 »
g) Tuberculose du nez.....	2 »
h) Variété lupoiïde de la tuberculose nasale.....	2 »
i) Suites d'ozène.....	5 »
j) Néoformations malignes (carcinomes).	3 »
Total.....	73 »

a-b) Les premières, par ordre de fréquence, sont les hypertrophies des muqueuses des cornets inférieur et moyen (25 cas : 24 0/0), déjà si connues même au point de vue clinique ; les empyèmes du sinus maxillaire viennent immédiatement après (19 cas : 18 0/0).

c-d) Le nombre des empyèmes que j'ai trouvés est de beaucoup supérieur à celui que l'observation clinique aurait permis de supposer ; c'est pourquoi on doit croire qu'une grande partie de ces empyèmes ne donnent pas de symptômes très appréciables et échappent, pour cette raison, à l'étude clinique. Chez quatre individus, l'amas purulent était accompagné de granulations polypoïdes, prenant origine du contour de l'*hiatus semi-lunaire*. Dans un de ces cas il existait un véritable polype, écrasé en forme de *lingula*, haut de 1 centimètre 1/2, large de 1/2 centimètre, et de l'épaisseur de 3 millimètres.

Très fréquemment il y avait aussi amas purulent dans le sinus frontal. Dans d'autres cas d'empyème maxillaire, on ne découvrait, dans la cavité nasale correspondante, aucune altération appréciable ; cliniquement, l'examen rhinoscopique, par lui-même, n'aurait donc offert aucune indication pour le diagnostic de l'empyème. Dans aucun des cas que j'ai observés il n'existait de déplacements ou d'amincissements des parois osseuses du sinus, ou de modifications des parties molles qui revêtent l'os maxillaire, fait qui confirme l'opinion exprimée par quelques auteurs, que l'écartement des parois du sinus est toujours dû à des néoplasmes ;



le pus recueilli était, d'ordinaire, jaune crémeux, parfois verdâtre; il contenait des micro-organismes abondants.

Souvent les parois du sinus étaient anormalement rétrécies, de sorte que la cavité du côté malade était réduite à un tiers, comparativement à celle du côté sain. La muqueuse était aussi très épaissie, hyperémique, gonflée.

Dans certains cas, l'existence de l'empyème se laissait soupçonner à l'examen des cavités nasales, par la présence de quelques gouttes de pus dans le méat moyen. Dans tous les cas d'empyème, la carie dentaire existait, du côté correspondant, à la mâchoire supérieure.

e) Chez 10 individus je rencontrai des faits hyperémiques et inflammatoires de la muqueuse nasale. Parfois il y avait simple hyperémie limitée à la muqueuse des cornets moyen et supérieur, des deux côtés, ou s'étendant à toute la muqueuse des cavités nasales proprement dites, du rhinopharynx, du sinus maxillaire; dans ces cas, l'individu était mort par cardiopathie. D'autres fois, à côté de l'hyperémie, il existait des signes plus ou moins marqués d'inflammation croupale ou hémorragique.

Je rapporterai quelques observations de ce genre :

OBSERVATION I. — Femme de 35 ans, morte de *pneumonie croupale*.

Muqueuse des cornets nasaux et du rhino-pharynx fortement rougie et très gonflée (1). Ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache très rétrécie par le gonflement de la muqueuse péri-tubaire. On remarque, en outre :

a) Au niveau du cornet et du canal nasal moyen de gauche, tache noirâtre, d'aspect nécrotique; ulcération profonde et destruction partielle du cornet lui-même.

b) Sur la portion antérieure du *septum*, tache noirâtre circulaire, du diamètre d'une pièce de deux francs; sa superficie est placée au même niveau que la muqueuse qui l'entoure.

c) Sur la partie postérieure du cornet inférieur de gauche, portion étendue, d'apparence fibrineuse; on ne remarque, sur ce point, ni ulcération ni modification de niveau de la muqueuse.

(1) L'examen microscopique de quelques portions de la muqueuse fit reconnaître : épithélium partiellement en dégénérescence graisseuse, énorme hyperémie et infiltration lymphoïde du tissu.

La muqueuse, en quelques portions du rhino-pharynx, présente une couleur grisâtre d'ardoise.

Examen des temporaux, des sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, négatif.

OBSERVATION II. — Homme, 45 ans, mort d'une affection cardiaque.

Rhino-pharyngite aiguë, hémorragique. Le cornet moyen de gauche présente deux larges taches hémorragiques dans sa portion postérieure. La muqueuse de la cavité du sinus maxillaire de gauche est gonflée, œdémateuse; dans la cavité, liquide séreux, sanguinolent. A droite, sinus maxillaire normal.

L'examen des autres sinus et de l'oreille moyenne, négatif.

OBSERVATION III. — Homme, 62 ans. Néphrite tuberculeuse. Hypertrophie prostatique.

Rhino-pharyngite aiguë bilatérale. Muqueuse des cornets et du *septum* fortement rougie; la partie supérieure du cornet moyen de droite est noirâtre par suite d'hémorragie interstitielle. Ça et là, masses d'exsudat jaunâtre, croupal. Dans le rhino-pharynx, toute la muqueuse apparaît gonflée et rougie, noirâtre au niveau de la voûte pharyngienne et des fosses de Rosenmüller. La muqueuse des pavillons tubaires est si gonflée et si infiltrée que l'on aperçoit difficilement les ouvertures de la trompe d'Eustache. Pus dense, crémeux, des deux côtés, dans l'antre d'Highmore.

Il n'existe pas de pus dans les cavités de l'oreille moyenne; cependant la muqueuse de la caisse et les deux membranes tympaniques sont très gonflées et rougies.

#### *f) Perforation du septum.*

Je l'observai deux fois; les perforations étaient de forme circulaire et placées dans la partie antéro-inférieure du *septum*. Dans un de ces cas il existait, au foie, une cicatrice de caractère syphilitique.

#### *g) Tuberculose du nez.*

J'en rencontrai deux cas, que je rapporte ici :

OBSERVATION IV. — Homme de 26 ans, mort de tuberculose pulmonaire. Toute la muqueuse tapissant les cavités nasales et le rhino-pharynx était couverte, de distance en distance, de croûtes verdâtres; en les onlevant on apercevait des ulcères.

tions superficielles de la muqueuse, spécialement au niveau du cornet moyen et aux régions péricubaires. Cornets très diminués de volume; à peine trace du supérieur. Ouverture tubaire rétrécie, déformée. La muqueuse sur une aire assez étendue, de couleur grisâtre, spécialement marquée sur les fosses de Rosenmüller et sur la paroi postérieure du rhinopharynx.

OBSERVATION V. — N. Maria, 15 ans. Dure-mère tendue. Sur les méninges molles de la voûte crânienne, à droite, il existe un exsudat tuberculeux au niveau de la portion inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. A la base, méningite tuberculeuse. Circonvolutions aplaties; hydropisie des ventricules latéraux. Substance cérébrale anémique. Sur le *thalamus opticus* de gauche se trouvent deux élévations unies à la base; en les fendant on observe un tubercule, de la grosseur d'une noisette, qui s'enfonce dans la substance du *thalamus* jusqu'à un demi-centimètre du genou de la capsule interne. Dans la moelle épinière, entre la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> dorsale, un tubercule solitaire. Poumons avec foyers de péribronchite tuberculeuse. Glandes péribronchiales caséuses. Reins congestionnés, dégénérescence graisseuse de la corticale.

Au niveau de l'exsudat tuberculeux signalé sur les méninges molles, la *lamina cribrosa* de l'éthmoïde est détruite, et l'exsudat se continue dans les cornets nasaux supérieurs, des deux côtés; ceux-ci apparaissent presque entièrement détruits et transformés, eux aussi, en masses caséuses.

Il existait une tuberculose diffuse de la peau de la face; les os nasaux étaient détruits. A droite, la moitié inférieure du cornet moyen et le cornet inférieur étaient conservés; à gauche, les cornets moyen et inférieur étaient conservés. L'ouverture pharyngienne de la trompe droite était rétrécie parce qu'elle était entourée d'un tissu rétracté par cicatrices; à gauche, elle apparaissait normale.

J'observai également deux cas de la variété lupôide de la tuberculose nasale.

OBSERVATION VI. — *Lupus du nez et de l'oreille moyenne.*

Femme de 49 ans. Anémie cérébrale. Fusion complète des viscères abdominaux par péritonite tuberculeuse. Grosses glandes caséuses dans le médiastin. Epanchement séro-sanguinolent dans le péricarde. Tuberculose pulmonaire ulcéreuse. Complète adhérence pleurale.

On a la déformation caractéristique de la face, par suite de la disparition des os nasaux et des cartilages des ailes du nez; la peau présente des cicatrices adhérentes. Du *septum*, il ne reste qu'une petite portion tout à fait antérieure et en haut, en forme d'épine, partant de la partie supérieure du résidu des os nasaux et dirigée presque horizontalement en arrière; la moitié postérieure gauche de la voûte palatine est aussi détruite, le voile du palais a disparu.

*A gauche*, aucune trace des cornets, la muqueuse très gonflée, rougie, parcourue par de gros vaisseaux, offre une surface irrégulière, à saillies et à dépressions, cependant sans véritables nodules; elle s'enfonce en forme d'entonnoir, vers l'antra maxillaire dont la cavité, de forme ovoïdale, apparaît très rétrécie par suite de prolifération de la muqueuse (diamètre maximum dirigé verticalement, 1 centim.). La cavité ne contient pas de pus.

*A droite*, on aperçoit des résidus du cornet inférieur, surtout sa portion antérieure; traces du cornet moyen. Le sinus maxillaire est presque complètement oblitéré, sa muqueuse est extraordinairement gonflée, épaissie.

Muqueuse des cavités nasales, du pharynx, de la bouche, fortement rougie, très friable.

Ouvertures tubaires presque oblitérées par la prolifération de la muqueuse.

*A droite*, oreille moyenne intacte; à *gauche*, la substance osseuse du temporal est très friable; le *tegmen tympani* est remplacé par une masse gélatineuse qui occupe aussi la cavité de l'oreille moyenne.

Au niveau de la bosse frontale de gauche, il y a une tache circulaire, où l'os apparaît aminci et est recouvert, aussi bien du côté endo-cranien que du côté cutané, par un exsudat blanchâtre, filant.

OBSERVATION VII. — *Lupus du nez et de l'oreille moyenne.*

Homme de 36 ans, mort de péritonite tuberculeuse.

Cicatrices à la peau de la face. Le nez apparaît normalement conformé à l'extérieur.

Destruction étendue de la portion centrale du *septum*, de forme ovale, à bords noirâtres. Sur le résidu du *septum*, ulcérations disséminées, couvertes de croûtes rouge-noirâtre.

*A gauche*, les cornets ont disparu; la cavité nasale correspondante est occupée par des croûtes jaunâtres; lorsqu'on en-

lève ces dernières, on remarque une large ouverture, de forme ovale, de la grandeur d'une pièce de deux francs et qui aboutit dans le sinus maxillaire. Cavité du sinus rétrécie, contenant du pus. Muqueuse blanchâtre, atrophiée.

*A droite*, cornets disparus; seulement des traces du cornet inférieur. Il existe deux ouvertures qui aboutissent dans l'antre maxillaire; l'une, placée dans la région qui correspondrait à peu près au-dessus de la partie médiane du cornet moyen, ovale, presque faite à l'emporte-pièce, dirigée obliquement dans l'épaisseur de la paroi latérale du nez, vers le bas et en arrière; l'autre, plus petite, un peu plus en avant que la précédente, placée sous le cornet inférieur. La muqueuse a un aspect blanchâtre, lardacé dans certaines parties, jaunâtre dans d'autres; sur quelques points il existe des taches noirâtres, hémorragiques. Dans le sinus maxillaire, une masse ichoreuse; muqueuse épaissie, jaunâtre. La muqueuse du pharynx nasal est, au contraire, granuleuse, rougie, au niveau de la partie postérieure du pavillon tubaire de droite. Il existe également des granulations sur la superficie postérieure du voile du palais.

L'examen macroscopique des deux temporaux laisse voir les altérations suivantes :

Membrane tympanique intègre dans sa continuité, mais grise, épaissie, succulente. Muqueuse de la caisse, rougie, gonflée; dans la cavité, pus dense, crémeux.

*i) Suites d'ozène.* J'eus à les constater dans cinq cas; les cornets apparaissent très réduits de volume, même dans leur partie osseuse; l'inférieur était presque disparu. *L'hiatus semi-lunaire* était à découvert. Parmi ces cas, j'en rapporterai un, spécialement remarquable par complication mycotique.

#### OBSERVATION VIII. — *Suites d'ozène rhinite mycotique.*

Homme de 65 ans. Les cavités nasales sont remplies d'une bouillie noirâtre, couverte d'une patine demi-solide, verdâtre, avec çà et là des portions blanches, d'un aspect sec, pulvérulent. L'examen microscopique de cette masse laisse reconnaître des *myceliums* bien distincts (1) et une quantité considérable de bactéries.

(1) Les cultures pratiquées sur de la gélatine acidifiée au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Turin, par mon collègue, le Dr Scabia, donnèrent un développement abondant d'*aspergillus fumigatus*.

Dans la cavité nasale droite, muqueuse de la portion respiratoire gonflée, jaunâtre, à superficie inégale (au microscope, épithélium en dégénérescence graisseuse), cornets atrophiques, le supérieur est même presque disparu, le moyen ne recouvre plus l'*hiatus semi-lunaire* que sur une petite portion. Le cornet inférieur est aussi très réduit de volume. Il y a rougissement diffus dans la partie postérieure du rhino-pharynx.

A gauche, les cornets sont également très réduits de volume; sur la muqueuse sont disséminés des nodules blanc-grisâtre.

Muqueuse du pharynx, du voile du palais, très rougie, gonflée.

L'examen des sinus annexés aux cavités nasales et de l'oreille moyenne est négatif.

*Néoplasmes malins.* — J'en ai observé trois cas; dans tous, l'examen microscopique, pratiqué par le Dr Scabia, démontra qu'il s'agissait de carcinome.

OBSERVATION IX. — Masse néoformée qui, prenant origine de l'amygdale droite, occupait tout le rhino-pharynx. Examen du nez, des sinus, de l'oreille moyenne, négatif.

OBSERVATION X. — Femme de 79 ans.

Tumeur ulcérée qui occupe les cavités nasales et le sinus maxillaire gauche. La tumeur a détruit les os nasaux, elle s'avance dans la cavité orbitaire de gauche, n'envahissant pas le bulbe oculaire, mais le repoussant fortement à l'extérieur. Du dos du nez est respectée seulement l'aile droite.

Le tiers antérieur du *septum* est libre; postérieurement le *septum* fusionne avec la tumeur qui infiltre aussi le voile du palais de manière à le transformer en un nœud néoplasique, globuleux, libre dans la cavité pharyngienne. Ouvertures tubaires libres, intactes; négatif l'examen de l'oreille moyenne. L'antre maxillaire, à gauche, est occupé par la tumeur; à droite, où sont détruits les cornets, il est rempli de pus.

OBSERVATION XI. — Homme, 63 ans.

La région maxillaire supérieure et zygomatique de droite est toute occupée par une tumeur de la grosseur d'un poing, dure, qu'on ne peut déplacer; les téguments sont sains. Glandes cervicales des deux côtés, infiltrées, d'aspect lardacé à la section. Le néoplasme sectionné se présente comme une masse solide, consistante. Il a détruit toute la portion palatine du maxillaire supérieur de droite, et la partie osseuse de l'antre maxillaire

du même côté; les cornets nasaux, amincis, sont poussés contre le *septum*.

Pus dans la cavité du sinus frontal. Orbite, rhino-pharynx, oreille moyenne, intègres. Cavité nasale de gauche intacte.

Bien que, dans les recherches anatomiques rapportées ci-dessus, j'ai eu l'occasion d'examiner des cadavres d'individus jeunes, je n'ai observé, dans aucun cas, des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, ce qui confirme la rareté de cette affection dans nos pays, ainsi que cela est démontré par la clinique.

Par rapport au côté où résidaient les lésions, j'ai remarqué, dans des cas d'altérations unilatérales, une forte prédominance pour le côté gauche. Voici les chiffres à ce propos :

	Bilat.	à droite	à gauche
Anomalies congénitales (33)	9	7	17
Lésions pathologiques (73)	51	6	16

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité des maladies du nez et de la gorge**, par F.-H. Bosworth.  
(W. Wood, éditeur, New-York 1889.)

L'œuvre de Bosworth est un véritable traité didactique écrit par un maître. A côté de compilations savantes se trouvent à chaque page des idées originales sérieusement déduites et discutées. Aussi nous ne saurions trop en recommander la lecture à tous ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique si accentué qui se fait aujourd'hui en ce qui regarde les affections du nez et de la gorge autrefois si mal connues et si mal étudiées.

Ce livre considérable est divisé en trois sections. Dans la première, l'auteur étudie les maladies des cavités du nez proprement dit; dans la seconde, les maladies du naso-pharynx; dans la troisième, la chirurgie extérieure du nez.

## PREMIÈRE SECTION

Dans un *premier chapitre*, Bosworth décrit les *méthodes d'examen des voies aériennes supérieures*; il passe en revue la laryngoscopie et les divers instruments qui y sont employés, puis la rhinoscopie. Son rhinoscope, qui tient en place sans l'aide de la main, nous a paru très simple et très pratique. Nombreux sont les instruments inventés tant pour l'examen des cavités que pour produire une source lumineuse suffisante, et encore tous ne sont pas décrits; mais nous restons de l'avis de l'auteur, que le meilleur est le plus simple.

Dans un *second chapitre* sont décrites les *méthodes de traitement*: insufflations, douches, pulvérisations, inhalations.

Nous ne saurions essayer de donner ici l'énumération de ces divers procédés et renvoyons le lecteur au livre même.

Le chapitre II a trait aux *membranes muqueuses*: anatomie, physiologie et pathologie. Pour Bosworth, l'inflammation d'une muqueuse comprend trois variétés: l'inflammation catarrhale, l'inflammation croupale et l'inflammation diphthérique.

Cette manière d'envisager la question, qui date de Home, a cours à l'étranger, même dans les ouvrages les plus récents.

En réalité, c'est compliquer à plaisir la nosographie et embrouiller des choses bien simples, aujourd'hui surtout que les études bactériologiques ont rendu très claires bien des points jusqu'alors douteux. A l'étranger, on persiste systématiquement à conserver le mot *croupal* pour caractériser des formes inflammatoires si diverses que les auteurs eux-mêmes ne sont pas d'accord tant s'en faut.

C'est ainsi que Senator dit, en parlant de ces deux états inflammatoires:

« Il n'y a pas de limites rigoureusement établies entre ces deux processus; et en particulier, dans la plupart des cas, il est impossible de dire où l'exsudation superficielle fibrineuse, la membrane croupale, cesse et où la fausse membrane diphthérique commence. »

Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir Gréville Macdonald (de Londres) appeler *inflammation croupale* l'eschare qui résulte d'une cautérisation au galvano-cautère ou avec un caustique liquide.

Cette confusion, qui ne saurait exister en France, est très regrettable, et nous devons la signaler pour éviter d'induire en erreur un lecteur non prévenu.



*Le quatrième chapitre traite du refroidissement.* Nous partageons à ce sujet complètement la manière de voir de Lennox Browne; ce chapitre aurait dû être fondu avec le chapitre VIII, qui a pour sujet la rhinite aiguë. Nous ne comprenons pas trop pourquoi, dans sa préface même, l'auteur tiens à séparer deux choses qui sont unies par des liens si étroits. Du reste l'étude qui y est faite de l'action du froid d'une manière générale sur l'organisme, ressort de la pathologie générale, et le traitement du rhume qui la termine n'apporte aucune donnée nouvelle.

*Les chapitres V et VI traitent de l'anatomie et de la physiologie du nez.* Au point de vue physiologique, l'auteur insiste avec raison sur la fonction du nez dans la respiration. Cette fonction, trop regardée comme secondaire, est, au contraire, la plus importante.

Dans le chapitre VII, l'auteur expose des *considérations générales sur les affections catarrhales*. Le catarrhe nasal est, en général, mal conçu, même de la plupart des médecins; il n'y a pas de diathèse catarrhale. Le catarrhe nasal ne prédispose pas aux autres maladies des poumons comme le veulent Beverley Robinson et Jarvis, il reste toujours catarrhe, même en s'étendant au larynx et à la trachée.

Le chapitre VIII est intitulé : *Rhinite aiguë*, et, comme nous l'avons dit, devrait être fondu avec le chapitre IV. Quant aux nombreux traitements exposés, nous n'y avons trouvé rien de bien nouveau.

La *Rhinite hypertrophique*, dans le chapitre IX, est admirablement étudiée et son étiologie est largement discutée. Bosworth regarde la rhinite hypertrophique comme causée, dans la grande majorité des cas, par une déviation de la cloison, difformité provenant de quelques traumatismes auxquels on attache peu d'importance souvent dans l'enfance.

L'auteur décrit (chapitre X) la *Rhinite purulente infantile*, que beaucoup d'autres écrivains ont laissé de côté.

Ce n'est pas une affection diathésique, mais elle dérive du manque de précautions hygiéniques dans l'enfance. Sa marche est lente et elle commence dans les premières années pour arriver vers l'âge de 12 à 15 ans, à se terminer par une rhinite atrophique.

C'est la cause réelle de cette dernière.

Chapitre XI. — *L'ozène* n'est qu'un symptôme, et aujourd'hui ce terme ne peut être considéré comme une entité morbide.

Fraenkel a émis l'idée que la rhinite atrophique n'est que la période ultime de la rhinite hypertrophique. Cette assertion a été répétée par Mackenzie, Schaeffer, etc..., tandis que Sajous est moins affirmatif. Bosworth la rejette entièrement. La rhinite atrophique est une affection très tenace dont la guérison radicale est problématique.

En tout cas, elle n'est point produite par une diathèse, et le traitement en est purement local.

Nous ne dirons rien du *chapitre XII*, intitulé : *Rhinite croupale*; nous nous sommes suffisamment étendu plus haut sur cette dénomination.

Les *réflexes du nez* (*chapitre XIII*) sont l'objet d'une longue étude. Ils sont extrêmement nombreux, depuis la migraine, la dyspepsie, etc..., jusqu'au goitre exophtalmique; les diverses théories sont bien exposées. L'auteur les résume en ce fait qu'il existe toujours une affection intra-nasale greffée sur un tempérament nerveux; aussi le traitement doit-il être local et général tout à la fois.

La *fièvre des foin*s ou *rhinite vaso-motrice* est admirablement décrite, et ce chapitre (*XIV*) ne saurait être analysé en détail. En résumé, il existe trois facteurs : 1° les poussières de pollen; 2° le tempérament nerveux; 3° une lésion de la muqueuse du nez.

L'*asthme* ou *bronchite vaso-motrice* (*chapitre XV*) est, pour Bosworth, une névrose dont le point de départ réside dans une lésion du nez. Trois facteurs entrent en jeu : 1° le tempérament nerveux; 2° la lésion du nez; 3° une influence climatérique encore mal définie.

Sur 80 cas, il a rencontré 54 fois une lésion du nez manifeste.

Le traitement doit être local, général et climatérique.

L'*hydrorrhée nasale*, affection rare, est décrite au *chapitre XVI*. L'auteur en résume 18 cas. Cet écoulement se fait tantôt sans douleur, tantôt avec des symptômes rappelant le Hay fever.

Il est parfois intermittent. Son étiologie, parfois obscure, semble se rattacher à une névrite de la 5<sup>e</sup> paire.

Bosworth passe en revue l'*anosmie* et la *parosmie*, puis aborde (*chapitre XVIII*) l'étude des *difformités de la cloison*.

Elles sont la grande cause de la rhinite hypertrophique. Pour enlever les éperons et les déflexions, il se sert d'une scie spéciale qui lui a donné de bien meilleurs résultats que les opéra-

tions de Quelmals, Chassaignac et Ingals, ainsi que les instruments de Blandin, Steele, Adam, Jarvis, Curtis et Seiler.

L'épistaxis a pour causes les traumatismes, la constitution, la menstruation difficile et les maladies locales du nez.

Dans les chapitres suivants est faite l'étude des *corps étrangers*, des *rhinolithes* et des *parasites des cavités nasales*.

Notons au chapitre *Syphilis*, l'étude de la syphilis congénitale, qui n'est pas aussi difficile à reconnaître que l'on pourrait le croire. Outre les éruptions cutanées caractéristiques, le coryza syphilitique des très jeunes enfants a une allure spéciale et une sécrétion purulente qui n'a pas d'analogie dans les autres coryzas.

Bosworth passe en revue successivement la *tuberculose nasale*, le *lupus* et le *rhinosclérome*, et enfin les *diverses tumeurs* : polypes, fibromes, ostéomes, papillomes, adénomes, kystes, angiomes, chondromes, sarcomes et carcinomes, et finit cette première partie par l'exposé des *maladies du sinus*, dont le diagnostic différentiel doit être lu d'un bout à l'autre.

La *seconde partie* du volume comprend l'étude des *maladies du naso-pharynx*.

Après en avoir exposé l'anatomie et la physiologie, Bosworth décrit la naso-pharyngite aiguë, le catarrhe naso-pharyngien, les végétations adénoïdes et les diverses tumeurs (fibrome, myxofibrome, chondrome (très rare), sarcome et carcinome) que l'on y rencontre.

Enfin, dans la *troisième partie*, se trouve exposée la *Chirurgie extérieure du nez*. Ce chapitre est très intéressant à consulter et, autant que nous pouvons nous le rappeler, Bosworth est le premier à avoir abordé cette question.

Les diverses opérations que l'on peut pratiquer pour se créer une voie plus large afin d'enlever des tumeurs soit du nez soit du naso-pharynx, sont groupées en trois classes :

- 1° Incisions portant sur la voûte et le voile du palais ;
- 2° Incisions de la peau de la face seule ;
- 3° Incisions de la peau de la face avec section des os.

Telle est l'œuvre de Bosworth, qui forme un tout complet bien espacé et rendu encore plus pratique par de nombreuses figures et le résumé d'un grand nombre d'observations personnelles.

HAMON DU FOUGERAY.

**Sinus frontaux et leur trépanation**, par MONTAZ. (Chez Allier. Grenoble, 1891.)

L'auteur, après description anatomique, passe au traitement, qui doit toujours consister, pour lui, dans la trépanation de la cavité, bien facile à faire et préférable, suivant lui, au cathétérisme. Après l'ouverture des sinus, on ne doit pas oublier de placer un drain dans l'orifice de communication des fosses nasales, qui peut être obturé. Les recherches de Montaz lui ont appris que 21 cas sur 25 traités de la sorte guérissent, 6 cas non traités furent mortels. Cette statistique ne lui est pas personnelle ; elle a été empruntée à Richards.

A. G.

**Traité de la diphtérie**, par DELTHIL. (*O. Doin*. Paris, 1891.)

Tout le monde, en France et à l'étranger, se rappelle avec quel talent et quelle conviction le Dr Delthil a défendu la méthode de traitement qui porte son nom ; il était donc bien naturel de s'attendre à ce que notre compatriote fût tenté d'écrire sur ce sujet un traité important ; cet ouvrage, de près de 700 pages, a été présenté aux lecteurs dans une éloquente préface par le professeur Verneuil.

L'historique, les doctrines, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et surtout la thérapeutique, y sont exposés avec les détails les plus minutieux et un ordre parfait. C'est un ouvrage facile à lire. La science a marché à pas de géants depuis moins de deux ans sur ce sujet, et M. le Dr Delthil a donné à la bactériologie la place qu'elle mérite ; malheureusement, depuis que ce livre a été fait, des études très importantes sur les membranes non diphtériques ont été faites ; ces études, d'un haut intérêt pratique, dues surtout à Sevestre et Chantemesse, n'ont pu trouver place dans l'ouvrage de Delthil, qui a considéré comme particulièrement difficiles les recherches de ce genre, assertion peut-être exagérée.

Dans la thérapeutique, l'auteur passe en revue tous les médicaments employés et en fait la critique ; puis il expose la méthode de traitement de tous les médecins français et finit par la description très détaillée et très expliquée de celle qu'il a employée et que nous n'avons pas à faire connaître, car elle est bien connue. Le traitement chirurgical, trachéotomie et intubation, y sont aussi largement exposés ; l'auteur ne semble pas être un partisan résolu ni de la chloroformisation dans la trachéotomie, ni de l'intubation.

Enfin, ce bel ouvrage se termine par l'exposé des relations qui existent entre la diphthérie des oiseaux et celle de l'homme, que Delthil semble très disposé à admettre. A. G.

**L'hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement**, par M. SCHARDE, assistant à l'ambulatorium de M. le Dr Michelson. (Tirage à part du *Berl. Klin. Woch.*, 1891.)

L'amygdale linguale forme à la base de la langue un amas de glandes folliculaires qui fait partie du grand anneau lymphatique pharyngé de Waldeyer.

Kölliker a montré que cet organe lymphatique est absolument normal et ne diffère point par sa structure des autres amygdales. Les différentes maladies de la langue envahissent souvent la tourille linguale; la folliculite aiguë et chronique, l'ulcère tuberculeux, le mycosis leptothricia y ont été observés aussi comme lésions primitives. Plus souvent encore s'observe l'hyperplasie simple, consécutive à une inflammation chronique portant parfois sur des follicules isolés, ordinairement sur l'amygdale entière; cet état peut coïncider avec l'hypertrophie des autres amygdales; on l'a vue cependant à côté d'amygdales atrophiées.

L'hypertrophie de la tonsille linguale est une affection de l'adulte, de la femme surtout; aussi l'examen glossoscopique et partant le diagnostic sont-ils en général faciles. — Le miroir est appliqué sur le voile du palais, immédiatement en avant de la luette, le manche à peine relevé au-dessus de l'horizontale; l'examen direct est insuffisant, même dans l'hypertrophie extrême.

L'amygdale hyperplasiée remplit les sillons glosso-épiglotiques et masque en partie la base de l'épiglotte; quand les follicules isolés s'hypertrophient, on voit des petites tumeurs arrondies, à large base, sessiles, plus pâles que la muqueuse environnante, élastiques, indolentes. Il serait à peine possible de les confondre avec des papillomes, et nulle autre production n'y ressemble. La présence de la tumeur lymphatique donne lieu à des sensations pénibles de corps étranger, ce qui n'est d'ailleurs pas en rapport avec les adhérences plus ou moins étendues que l'amygdale peut contracter avec l'épiglotte. Les malades font des efforts de déglutition, toussent pour se débarrasser du corps gênant, finissent même par vomir; quelques-uns sont dyspnéiques.

Il est à noter que les patients rapportent en général leurs sensations au larynx et peuvent facilement induire le médecin en erreur.

La destruction de l'organe hypertrophié se fait le plus rapidement et le plus complètement, à l'aide de l'anse galvanique ou de l'écraseur linéaire, quand la tumeur est molle. L'anesthésie locale par la cocaïne rend l'opération presque indolente, et la guérison complète est obtenue dans l'espace de huit ou dix jours; on ordonne un gargarisme antiseptique et on fait des insufflations d'iodoforme pendant quelques jours. Ce traitement a donné dans 18 cas de forts bons résultats, et la récurrence n'a pas été observée.

OBSERVATION I. — Femme de 47 ans; tumeur du volume d'un pois à 4 millimètres en avant, un peu à gauche du frein de l'épiglotte, qu'elle touche; extraction à l'aide de l'anse galvanique. Tout trouble fonctionnel disparaît. Examen microscopique: follicule hypertrophié.

OBSERVATION II. — Fille de 17 ans; éprouve la sensation de corps étranger, parfois des couleurs. Hypertrophie médiocre des amygdales en général; petite tumeur au niveau du ligament glosso-épiglottique; recouverte au repos par l'épiglotte, elle n'apparaît que dans la phonation. Solution de Lugol sans sucres; anse galvanique.

OBSERVATION III. — Femme de 40 ans. Se plaint d'obstruction du nez, de corps étranger de la gorge, de céphalalgie. L'examen montre une rhinite atrophique, des amygdales palatines normales et l'hypertrophie de la tonsille linguale.

OBSERVATION IV. — Femme de 18 ans, cantatrice. Hypertrophie de l'amygdale pharyngée; sensation de corps étranger profondément sur la langue. Cette sensation disparaît pendant le repos et, quelque temps après, elle présente une hypertrophie notable de la tonsille linguale; les replis glosso-épiglottiques sont remplis de petites tumeurs folliculaires; l'image glossoscopique montre le bord libre de l'épiglotte dépassé par une rangée de follicules.

Destruction à l'aide de l'anse galvanocautique.

La cantatrice se trouve complètement guérie.

OBSERVATION V. — Femme de 27 ans. Sensation de corps

étranger au-dessous du larynx. L'examen ne montre que du catarrhe rétronasal avec production de croûtes adhérentes à la voûte pharyngée; leur extraction fait disparaître la gêne.

OBSERVATION VI. — Femme de 52 ans. — Cas identique.

M. W.

---

PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**Le massage du tympan et des osselets dans l'otite moyenne chronique**, par A. BRONNER. (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890, p. 1189.)

Les résultats obtenus sur 64 cas sont les suivants : dans 1 cas il y eut aggravation de la surdité; dans 43, il y eut peu ou point de modifications, et dans 20 cas il y eut une amélioration marquée. Dans 5 de ces cas, l'amélioration fut définitive; dans 7 elle dura de une à deux semaines; dans les 8 derniers elle fut encore plus brève.

G. HISCHMANN.

**Accidents cérébraux accompagnant une affection de l'oreille moyenne. Opération. Guérison**, par SAINSBURY et BATTLE. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai 1890, p. 1133.)

Ces accidents survinrent à l'occasion d'un polype de l'oreille moyenne; celui-ci enlevé, le malade revint complètement à la santé.

G. HISCHMANN.

**Un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde**, par le Dr C. LICHTENBERG, de Budapest. (*Orvosi hetilap*, n° 15, 1891.)

Depuis environ un an et demi, un homme de 44 ans avait une otorrhée du côté gauche. Son état empira dans ces temps derniers, et l'auteur ayant fait le diagnostic d'*otite suppurative ou empyème de l'apophyse mastoïde*, fit ouvrir l'apophyse par le Dr Puky (privat docent de chirurgie). L'apophyse était totalement sclérosée. L'opération dura deux heures et demie et on ne trouva la couche de suppuration qu'à la profondeur de deux centimètres. Deux autres fois, des morceaux de sequestre ont encore été enlevés, mais la douleur ne disparut qu'après l'ablation d'un troisième sequestre; pendant que le deuxième sequestre fut éliminé, une paralysie de nerf facial apparut.

L'auteur montre aussi une pièce anatomo-pathologique prise chez un sujet qui avait refusé l'opération; le processus amena ici la mort, et l'on constata que la carie avait produit trois trous dans l'apophyse mastoïde et une perte de substance des os du crâne.

SZENES.

**Abcès cérébral et cholestéatome de la caisse**, par le Dr J. Böke, professeur à Budapest. [*Société de médecine*, 13 avril 1889, (*Annales de la Société*, p. 97.)]

L'auteur montre une préparation provenant d'un garçon de 16 ans, qui était entré avec des symptômes méningitiques à l'hôpital. Le conduit auditif externe était obstrué par un polype de la taille d'une grosse fève, qui a été enlevé, mais l'état du malade ne s'améliora pas et la mort survint le lendemain. L'autopsie fit voir un abcès dans la partie postérieure du lambeau temporal droit de la grandeur d'un œuf de pigeon; sur la dure-mère, on voyait une érosion au-dessus du toit du tympan qui était nécrosé; la caisse du tympan était entièrement remplie de masses cholestéatomateuses.

SZENES.

**L'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde**, par le Dr J. Böke, professeur à Budapest, section de chirurgie et de la 25<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins hongrois à Nagyvárad, le 19 août 1890. (*Gyogyaszat*, n° 35, 1890.)

Décrivant les circonstances dans lesquelles le processus de la caisse se propage à l'apophyse mastoïde, l'auteur distingue deux catégories d'indications de l'ouverture de l'antre mastoïdien; l'une se base sur des règles générales chirurgicales (des trajets fistuleux à la surface extérieure de l'apophyse, nécrose du cortex), l'autre sur le principe otologique que s'il n'y a rien de malade à l'extérieur, il faut pourtant supposer une inflammation ou une rétention du pus dans l'antre mastoïdien. L'auteur commence par pratiquer au moyen du ciseau, à 1 centimètre sous la ligne temporale, une ouverture d'environ 3 centimètres carrés, mais dans l'antre il n'emploie pas le ciseau, il se sert d'une cuiller tranchante pour enlever des parties nécrosées; pour rétablir la communication entre l'antre et la caisse du tympan, il emploie également une petite cuiller. Pour tenir ouverte la communication, il applique le drainage; pour l'irrigation, une mixture d'une solution de 1 0/0 de sel et de 1/20 0/0 de sublimé, la plaie elle-même est traitée par la gaze sublimée, mais quand les granulations se développent lentement, il se sert



d'iodoforme, et la guérison survient au bout de quatre à six semaines.

SZENES.

**Altérations morphologiques du pavillon de l'oreille à l'état normal, chez les aliénés et les idiots**, par le Dr E. VALI, de Budapest. [Service otologique du professeur BOEKE, à l'hôpital Saint-Roch, de Budapest; (*Orvosi hetilap.*, n° 7, 1891; en allemand: *Allgem. Wiener med. Zeit.*, n° 11, 1891.)]

L'auteur a examiné les pavillons de 1,000 individus sains (500 hommes et 500 femmes); de 397 aliénés (216 hommes et 181 femmes); et de 90 idiots (58 hommes et 32 femmes). Il a obtenu les résultats suivants :

Sur les individus sains, 26 0/0 des hommes et 15 0/0 des femmes n'ont pas un pavillon normal; seulement la moitié des aliénés et des idiots possèdent un pavillon normal. Les pavillons volumineux et écartés sont deux fois plus fréquents chez ces derniers que chez les normaux; de même qu'on trouve trois fois autant de bouts pointus adhérents chez les aliénés et les idiots que chez les personnes saines. Le raccourcissement ou l'élargissement de la fosse scaphoïde se rencontrent très fréquemment chez les aliénés et les idiots. L'hélix manquait chez les aliénés et les idiots trois fois plus souvent que chez les normaux; mais c'est seulement sur une *idiot* que l'on remarqua une amélioration notable. L'hélix était large chez 3 à 4 0/0 des individus sains, 6 à 7 0/0 des aliénés et 12 à 15 0/0 des idiots. On trouve un anthélix surmontant l'hélix (*Wilder muth I*) deux fois plus souvent chez les idiots et trois fois aussi souvent chez les idiots que chez les normaux. Le processus *cruris heliois ad antehelicem* était développé chez 6,5 0/0 des idiots et chez 3,4 0/0 des idiots; on a observé un hélix triangulaire chez 1,4 0/0 des idiots. On n'a pas trouvé parmi les idiots une seule oreille de *Macacus*.

L'anomalie fut, dans la plupart des cas, *bilatérale*; mais quand elle était *unilatérale*, elle siégeait le plus souvent du côté gauche. On ne trouve généralement qu'une seule anomalie par individu.

SZENES.

**Intubation du larynx; résultat de 100 cas**, par WILLIAM HAILES. (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890, p. 1186.)

Dans ce nombre d'opérés, il y eut 38 cas de guérison primitive et 7 de guérison consécutive. L'introduction du tube s'est toujours accomplie sans grande difficulté; toutefois, l'extraction n'est pas sans demander quelques précautions, tantôt en raison

des fausses membranes qui le retiennent, tantôt de la mauvaise volonté du malade.

En résumé, l'intubation est un excellent traitement de la diphtérie laryngée, mais elle n'est pas plus infaillible que tout autre traitement. Son but est de maintenir la glotte perméable à l'air extérieur pendant que l'on combat l'infection à l'aide d'une thérapeutique appropriée.

C. HISCHEMANN.

**Un cas de cancer du larynx traité par la thyrotomie, par J.**

DUNDAS GRANT, chirurgien de l'hôpital central de Londres.  
(*A case of intrinsic cancer of the larynx treated by thyrotomy*, by J. D. GRANT, England, surgeon to the central London throat and Ear Hospital. (*Brit. med. Journ.*, 28 mars et *New Orleans medical and surgical Journal*, mai 1891.)

Homme de 50 ans présente des symptômes d'une affection du larynx depuis huit mois; il est aphone, a des douleurs lancinantes vers l'oreille gauche; le cartilage thyroïde est un peu épaissi à gauche, et du même côté il y a un certain engorgement des ganglions carotidiens. Au laryngoscope on constate la présence d'une tumeur au niveau des cordes vocales supérieure et inférieure gauches, tumeur nodulaire faisant saillie au delà de la ligne médiane; le diagnostic de cancer est fait et confirmé par l'examen histologique d'un fragment enlevé. Dans ces conditions, on procède à l'opération le 25 août 1890: trachéotomie, canule à tampon de Hahn, mise à nu et incision du cartilage thyroïde sur la ligne médiane, curetage du larynx à l'aide de la cuillère et des ciseaux, lavage au chlorure de zinc; tout tissu malade ainsi détruit, on saupoudre la surface d'iodoforme, on suture le larynx et les parties molles. Le 13<sup>e</sup> jour la canule est enlevée; le 27<sup>e</sup> le malade quitte l'hôpital; six mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

M. W.

**De l'existence de sensations gustatives dans le larynx, par le**

Dr P. MICHELSON. [*Ueber das vorhandensein von geschmacksempfindung im kehlkopf.*, von Dr. MICHELSON, privatdocent in Königsberg. (*Arch. f. path. Anat.*, Bd, 123, h. 3.)]

La première partie de cette leçon est consacrée à la description des corpuscules du goût de la muqueuse linguale; l'auteur rappelle ensuite que des organes de structure identique ont été décrits dans la muqueuse laryngée par Enricorerson et beaucoup d'autres auteurs après lui, on en avait conclu à priori que les saveurs pouvaient être perçues par la muqueuse laryn-

gée. L'auteur a montré par des expériences cliniques qu'il en est en effet ainsi. Il touche la surface laryngée de l'épiglotte, soit des cartilages aryénoïdes avec une solution amère (quinine) ou sucrée portée au bout d'une sonde de Schroetter; en examinant ainsi 25 personnes de 15 à 60 ans, il trouva que dans la majorité des cas la perception des saveurs était nette au niveau de ces régions et la localisation exacte: le goût était dans le larynx « dans le cou, très bas ». Le courant électrique a donné dans un cas un goût acide par l'anode, alcalin par le katode ainsi que pour la langue. Le nerf du goût est le glossopharyngien, comme pour la langue il s'y distribue soit directement (Krause), soit par le laryngé moyen (Exner), venu du plexus pharyngé et ne contenant pas de nerfs sensitifs. M. W.

**Dégénérescence kystopneumatique du cornet moyen**, par le Dr HUGO ZWILLINGER, de Budapest. (*Gyogyaszat*, n° 17, 1891; en allemand: *Wiener klin. Woch.*, n° 49, 1891.)

L'auteur dit que le gonflement vésiculeux du cornet moyen est une cause rare et peu étudiée jusqu'ici de l'obstruction nasale. Le cornet moyen se change en une bulle osseuse aérienne, et la partie antérieure du cornet est transformée complètement en une bulle hémisphérique, dont la cavité est séparée par une paroi qui communique avec le méat moyen nasal, ou seulement une partie circonscrite du cornet est élargie. L'auteur trouva dans un cas une grande tumeur hémisphérique, qui comprimait en haut le méat moyen nasal, et malgré la grandeur de la tumeur, la voix n'avait pas le timbre nasal. Au point de vue du diagnostic différentiel, l'auteur se met en garde contre l'idée de croire que ces bulles osseuses seraient un *mucocèle* de l'os ethmoïdale, ou un *ostéome* de la cavité nasale. L'auteur recommande le traitement galvanocaustique et, quand on ne peut pas entrer entre la bulle et le septum, il est indiqué de faire un petit trou dans la paroi de la bulle et de l'enlever par des ciseaux.

La non-observation de ces bulles osseuses chez les enfants est attribuée par l'auteur à des causes de peu de valeur, car les cas observés chez des vieillards sont très rares dans la littérature.

SZENES.

**Administration de la morphine par le nez**, par CARL H. VON KLEIN (DAYTON, OHIO). (*Weekly medical Review*, n° 17, 1890.)

L'auteur du mémoire a administré la morphine par la voie nasale plus de cent fois — elle est simplement prisee, ne provoque aucune irritation, pourvu qu'on ait soin de ne pas aspirer

trop loin; son absorption est rapide, et partant l'action immédiate. La dose est celle de l'injection hypodermique. M. W.

**Epistaxis**, par Lusk et Hutchinson. (*Weekly med. Review*, Saint-Louis, 1891.)

(W. M. R., n° 14.) Le docteur Lusk, de Bellevue, a recours depuis vingt ans au moyen suivant pour arrêter l'épistaxis : il pince simplement la portion cartilagineuse du nez à l'aide d'une pince à linge en ayant soin de saisir le nez dans le sens de la largeur. Dix minutes suffisent en général.

(W. M. R., n° 21.) Le Dr HUTCHINSON dit avoir toujours réussi à combattre le saignement de nez en plongeant les quatre extrémités du patient dans de l'eau aussi chaude qu'il est possible de la supporter. M. W.

**Toux d'origine nasale.** [Cough of nasal origine, by A. B. TRASHER, M. D. CINCINNATI. (*Weekly med. Review*, n° 18, 1891.)]

La toux d'origine nasale a pour point de départ une irritation de la pituitaire des cornets ou du septum; son timbre métallique particulier, l'absence d'expectoration facilitent le diagnostic souvent embarrassant, car le malade lui-même se trompe en général sur le siège du mal. L'auteur a rapporté au congrès de Louisville les trois faits suivants :

1° Toux rebelle depuis trois mois; des accès violents sont provoqués par un léger attouchement au cornet inférieur hypertrophié. La cautérisation de la muqueuse fait disparaître les accidents en trois jours.

2° Jeune femme toussant depuis trois mois; elle rapporte son mal à la gorge que l'on soigne sans succès. Le point sensible de la pituitaire est à l'extrémité postérieure des cornets inférieurs. Cautérisation, guérison au bout de deux mois.

3° Une toux datant de six mois disparaît par la cautérisation des cornets moyen et inférieur. M. W.

**Trois cas de tuberculose de la muqueuse des voies respiratoires supérieures traités avec succès par la méthode de Koch**, par M. P. MICHELSON. [*Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg*. (*Société de médecine scientifique de Königsberg*, séance du 20 avril 1891.)]

Présentation de malades et de figures (1).

*Obs. 1.* — Garçon atteint d'un lupus étendu au voile du palais

(1) MIKULICZ et MICHELSON, atlas der krankheiten der mund und rachen hoehle (*Berlin Hirschwald* 1891. Tafel XVIII, f. 3 und. Tafel XXIII, f. 3.) Atlas des maladies de la cavité bucco-pharyngienne.)

et à ses piliers en grande partie détruits, à la base de la langue et à la face correspondante de l'épiglotte. L'iodure de fer et la créosote à l'intérieur, l'acide lactique localement ne donnèrent qu'une amélioration passagère bientôt suivie d'aggravation. Le traitement par les injections de tuberculine, commencé le 21 novembre et continué jusqu'au 17 janvier 1891, amena la guérison en apparence complète; le malade reçut douze injections de 0<sup>gr</sup>,005 à 0<sup>gr</sup>,1. Le poids a augmenté de 10 kilogrammes.

*Obs. 2.* — Fille de 19 ans, entrée à la clinique avec de vastes ulcérations tuberculeuses du nez et du voile du palais qui est en partie détruit; elle est de plus atteinte d'une néphrite chronique. L'évidement et la cautérisation n'ayant pas donné de résultat, on soumet la malade au traitement de Koch: injections quotidiennes d'abord, puis espacées ensuite, en élevant graduellement la dose de 0<sup>gr</sup>,001 à 0<sup>gr</sup>,14. Au bout de 24 jours de traitement les ulcérations de la cavité buccale étaient cicatrisées, celles du nez ne le furent que quelques semaines plus tard; après la cicatrisation complète le traitement fut cependant continué pendant plusieurs mois. La néphrite s'est améliorée après avoir subi une période d'aggravation.

*Obs. 3.* — Homme de 39 ans. Lupus de la cavité buccale, de la langue, du larynx (1). Une première injection de 0,005 provoque une réaction générale et locale violente, qui diminue et disparaît aux injections suivantes: la dose injectée monte jusqu'à 0,02 du 27 novembre 1890 au 15 mars 1891. Ici, pas de guérison complète, mais une amélioration considérable des lésions très étendues, très graves: involution des tumeurs, cicatrisation des ulcérations; l'état général s'est remarquablement amélioré.

Dans ces trois cas, il y a plusieurs faits importants à noter: le traitement a été gradué de façon non pas à provoquer la crise fébrile et inflammatoire, mais au contraire à l'éviter, et elle n'a en effet eu lieu que chez le dernier malade avec une certaine violence; la cicatrisation s'est faite sans nécrose et élimination par un processus rapide mais silencieux pour ainsi dire, et l'auteur arrive à croire absolument erronée l'opinion généralement admise qui veut que la nécrose soit l'effet nécessaire et seul curateur de la méthode de Koch; en vertu de cette manière de voir, on est allé jusqu'à injecter des doses de 1 gramme de liquide primitif afin de provoquer la réaction (clinique de V.

(1) TAFEL XXIII, f. 4

Bergmann). Enfin, la séparation a fait chez le dernier malade de grands progrès plusieurs semaines après la cessation du traitement; il serait permis de supposer une action prolongée de la tuberculose. L'auteur ajoute enfin qu'à côté de ces trois succès il a eu de nombreux cas rebelles au traitement de Koch aussi bien qu'aux autres méthodes; il en est ainsi des tuberculoses secondaires décrites par Isambert et par Fraenkel. Le traitement par la tuberculine conviendrait le mieux aux lésions riches en bacilles.

M. W.

**Tumeur thyroïdienne, d'apparence maligne, qui disparut après la trachéotomie. Récidive à forme sarcomateuse,** par G. R. TURNER. (*Brit. med. Journ.*, 31 mai 1890, p. 1249.)

Une femme de 62 ans entra le 5 septembre 1888 à l'hôpital Saint-George avec une tumeur thyroïdienne datant de six mois, et occasionnant, par la compression de la trachée, une dyspnée considérable. La trachéotomie dut être pratiquée immédiatement, et très bas à cause du siège de la tumeur, de sorte que ne pouvant placer une canule ordinaire, on fut contraint d'introduire une sonde en gomme du n° 12.

Peu de temps après la tumeur diminua de volume et disparut presque complètement, malgré son aspect malin. Mais au commencement du mois de novembre, la tumeur s'accrut avec rapidité, et on dut en tenter l'ablation, à cause de la réapparition d'une dyspnée interne. Malgré tout, la malade succomba le 15 décembre, après une seconde trachéotomie qui s'était à nouveau imposée.

L'examen histologique révèle que cette tumeur était de nature sarcomateuse; une masse considérable infiltrait la trachée et les tissus voisins, mais l'origine exacte de ce néoplasme ne put être déterminée exactement.

C. HISCHELMANN.

**Amygdales surnuméraires,** par JAMES DONELAN. (*Brit. med. Journ.*, 17 mai 1890, p. 1129.)

Un jeune homme de 21 ans se plaignait de l'augmentation de volume de ses amygdales et de la douleur fréquente qui en résultait. Parfois sa voix était rauque, surtout par les temps brumeux, et il éprouvait alors de la gêne à respirer librement. A l'examen, on constata que ses amygdales, hypertrophiées, se touchaient presque sur la ligne médiane. Wantant pratiquer également l'examen laryngoscopique, on fit l'ablation des deux amygdales au tonsillotome; et quelques jours plus tard, en pla-

çant le miroir laryngien, le médecin fut extrêmement surpris d'apercevoir une seconde paire d'amygdales placées symétriquement à la partie inférieure du pharynx, et masquant complètement la vue du larynx. L'ablation fut faite au moyen de l'anse galvanocaustique, sans accidents consécutifs.

Dans un autre cas, l'auteur a vu, chez un enfant de dix ans, une amygdale supplémentaire située sur la ligne médiane, immédiatement derrière la luette, sans aucune connexion avec l'amygdale de Luschka.

C. HISCHMANN.

**Bégalement temporaire accompagnant une amygdalite,** par H. RAINSFORD. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 1009.)

Le bégalement survint dans le cours d'une amygdalite aiguë, sans qu'il y eut inflammation concomitante du larynx, et cette complication disparut en même temps que l'affection primitive, sans aucun traitement spécial.

C. HISCHMANN.

**Épithélioma primitif de l'amygdale,** par J. WALKER DOWNIE. (*Brit. med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 1008.)

Le cancer primitif de l'amygdale est très rare, il débute plus volontiers dans les régions avoisinant l'amygdale, et s'y étend ensuite par propagation.

Il s'agit ici d'un cas d'épithélioma primitif survenu chez un homme de 45 ans; occupant l'amygdale gauche, l'affection gagna rapidement les piliers du voile du palais et la base de la langue, de façon à interdire toute tentative d'intervention chirurgicale.

C. HISCHMANN.

**Hypertrophie des amygdales,** par COHN. (*Weekly med. Review*, n° 8, 1891.)

Le Dr Cohn (clinique Jefferson) recommande le traitement suivant : un certain nombre de piqûres sont faites aux amygdales et un instrument chargé de pyoktanin est ensuite porté dans la profondeur des petites plaies.

M. W.

**Un cas d'inflammation idiopathique de la langue,** par ALLEN MAC CULLOCH. (*Brit. med. Journ.*, 10 mai 1890, p. 1067.)

L'auteur ayant eu à examiner une jeune fille de 17 ans, d'apparence strumeuse, constata l'existence d'une langue extrêmement enflée et faisant saillie hors des arcades dentaires. Elle avait eu une attaque semblable neuf années auparavant, et n'avait guéri qu'après vingt-sept semaines de traitement. Assise dans son lit, elle était incapable de parler intelligemment

salive s'écoulait involontairement et en grande abondance. Elle ne souffrait que fort peu. Elle n'avait point fait usage de mercure ni d'autre substance toxique.

On lui administra un purgatif, de l'iodure de potassium, et on pratiqua des lavages répétés de la cavité buccale avec une solution d'acide borique. En dépit du traitement, le gonflement de la langue augmenta, et celle-ci s'ulcéra au niveau des points en contact avec les dents. On dut alors à plusieurs reprises appliquer des sangsues, et ce ne fut que sept semaines plus tard que la malade vit sa langue revenue à ses proportions ordinaires. L'auteur pense que des incisions précoces auraient abrégé la durée du traitement, mais l'entourage de la jeune fille s'y était formellement opposé.

C. HISCHMANN.

**Emploi de la pilocarpine pour la sécheresse de la langue,** par J. G. BLACKMANN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1366, 14 juin 1890.)

L'extrême sécheresse de la langue est un symptôme des plus désagréables dans un certain nombre de maladies. On y obvie en général en faisant sucer de petits morceaux de glace, en la badigeonnant de collutoires divers, mais le résultat n'en est que temporaire. J'ai souvent employé en pareil cas la pilocarpine sous forme de petites lamelles gélatineuses déposées à la surface de la langue préalablement humectée d'une goutte d'eau. En peu de temps, il s'établit un flux salivaire modéré, qui se prolonge pendant 24 heures, et s'accompagne de transpiration. Le malade, pendant ce temps, éprouve un bien-être considérable.

C. HISCHMANN.

**Corps étranger du voile du palais,** par THOMAS STEVENSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 205, 26 juillet 1890.)

Un homme de 58 ans se présente à la consultation avec les apparences d'une angine aiguë; toutefois, au bout de deux jours, un œdème considérable du voile du palais se manifesta, et on vit sourdre des gouttelettes de pus par un orifice à peine perceptible. A la suite d'une incision, on fut surpris de voir saillir un corps étranger qui n'était autre qu'un morceau de tuyau de pipe en terre. Le malade ne sut point donner une explication plausible de la pénétration de ce corps étranger dans son voile du palais.

C. HISCHMANN.

**Traitement de la diphtérie,** par LÆFFLER. (*Deut. med. Woch.*, n° 40, 1891.)

Le professeur Læffler a étudié *in vitro* l'action d'une grande quantité de médicaments sur le bacille bien connu maintenant



de la diphthérie. Quelques-uns des médicaments qui agissent sont trop toxiques à la dose nécessaire et ne peuvent être usités. Il résulte des recherches de cet auteur, si compétent en pareille matière, que le sublimé, le cyanure de mercure et l'acide phénique sont les agents médicamenteux que l'on doit surtout employer. Le sublimé et le cyanure de mercure doivent être conseillés en gargarisme et lotion à la dose de 1/10,000, qui sera suffisante quand les fausses membranes seront très récentes et comme prophylactique, mais, dans le cas contraire, il faudrait appliquer le sublimé jusqu'à la dose de 1/1000, l'acide phénique à la dose de 3 à 5 0/0 sera utile comme badigeonnage. L'auteur recommande encore comme prophylactique l'eau chloroformée; l'eau chlorée à la dose de 1/100 et le thymol à 1 pour 500. C'est le sublimé et l'acide phénique qui seraient les agents les plus sûrs et les plus pratiques.

A. G.

**Traitement de la diphthérie**, par le Dr A. SEIBERT. (*New-York med. Journ.*, 6 décembre 1890.)

Les considérations suivantes dictent le traitement: la diphthérie primitivement locale est due à l'invasion dans la muqueuse d'un germe spécial associé à d'autres variables qui causent les variétés cliniques de la maladie. La fausse membrane est un exsudat de fibrine et de leucocytes venu des vaisseaux et coagulé dans les couches superficielles de l'épithélium, mais les couches profondes ont été nécessairement traversées, elles sont infectées et infiltrées — la membrane diphthérique n'est que la conséquence et l'indice des processus profonds. D'où il suit que le traitement local superficiel, si énergique soit-il, ne peut être d'aucun effet, la destruction des fausses membranes est inutile, puisque le bacille est plus profond — il faut aller le détruire par des injections bactéricides intra et sous-muqueuses. Un instrument a été construit dans ce but: seringue, long tube assez fort, mais flexible permettant d'atteindre facilement le pharynx, enfin un petit tube creux terminé par cinq pointes d'aiguilles se vissant au bout de l'instrument. Les piqûres sont indolentes et on introduit aisément quelques gouttes de solution dans la muqueuse; l'auteur se sert d'eau chlorée. Sur 7 cas ainsi traités, il y a eu un cas de mort par trachéo-bronchite diphthérique.

M. W.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

### ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

#### Oreille.

Der Ohrschmerz und seine Behandlung. L'otalgie et son traitement, par B. Gomperz (*Centralblatt f. gesam. Therapie*, h. V, 1890).

Spontaner symmetrischer Gangrän an beiden Ohrmuscheln. Gangrène symétrique spontanée des deux pavillons, par Urbantschitsch (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 30 mai; in *Wiener Allgem. med. Zeit.*, 10 juin 1890).

Traitement opératoire de la thrombose des sinus, par F.-A. Salzer (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 13 juin; in *Wiener klin. Woch.*, 21 août 1890).

Ueber den therapeutischen Werth einiger neuerer in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. Sur la valeur thérapeutique des modes de traitement les plus nouveaux en otologie, par S. Szenes (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 24 juin 1890).

Die « Tonbringer ». Les porte-son, par A. Rettig (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai et juin 1890).

Die des infectörise Gehörgangstamponade. Les tampons désinfectants du conduit auditif, par L. Löwe (*Monats. f. Ohrenh.*, juin, juillet et août 1890).

Catarrho de la caisse du tympan et affection labyrinthique guéris par la pilocarpine, par Böke (*Wiener med. Presse*, n° 24, 1890).

Simulation d'une affection auriculaire devant la justice, par Körner (*Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890).

Der acusticusstamm ist durch Schall erregbar. Le tronc de l'acoustique est excitable par le son, par R. Ewald (*Berl. klin. Woch.*, 11 août 1890).

I. Audition et paralysie faciale. — II. Otite et paralysie faciale, par Gellé (Section d'otologie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Les microorganismes dans les otites moyennes purulentes, par Moos, Zaufal et Gradenigo (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Sur l'organe de l'ouïe, par Katz (Sect. d'anat. congrès int. de Berlin, août 1890).

Cholesteatome de l'oreille, par Kuhn et Bezold (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Peut-on considérer l'ouverture de l'apophyse mastoïde faite en partant du conduit auditif externe comme égalant les autres méthodes communément employées? par Hessler (Section d'otol. congrès de Berlin, 7 août; in *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Traitement consécutif à la trepanation de l'apophyse mastoïde, par Kretschmann (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Indications pour l'excision du marteau et de l'enclume, par Stacke (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Anatomie pathologique du labyrinthe, par Steinbrügge, Schwabach et Gradenigo (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Statistique des maladies d'oreille, par L. Jacobson (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente, par Mc Bride et G. Gradenigo (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Lésions de la corde du tympan dans l'otite moyenne purulente aiguë, par Kirchner (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Quand doit-on pratiquer la ténotomie antérieure du tenseur du tympan ? par Kessel (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2 u. 3, mars 1891).

Étiologie des otites moyennes provoquées par les injections naso-pharyngiennes, par Guye (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 16 mars 1891).

Diagnostic et traitement des otites moyennes chroniques, par Giampietro (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Surdi-mutité en Norvège et en Danemark, par Uchermann et Mygind (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Présentation d'instruments pour l'examen de l'acuité auditive, par Bezel (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Démonstrations de préparations anatomo-pathologiques de la cavité tympanique et d'instruments, par A. Politzer (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

I. Expériences d'avulsion de l'étrier chez les animaux. — II. Présentation d'instruments, par R. Botey (Section d'otol. congrès int. de Berlin, août 1890).

Contribution à la morphologie de l'anthélix, par G. Gradenigo (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Développement de l'articulation du marteau et de l'enclume, par Draispul (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Recherches expérimentales sur la physiologie de l'oreille moyenne, par Secchi (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Les affections de l'oreille dans l'influenza, par Ludewig et Szenes (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

La méthode de Schwartz pour l'opération du cholestéatome, par Wegener (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Procédé opératoire pour l'abcès cérébral otique, par Vohsen (Section d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Sur la diplacousie, par Kayser (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Otite interne consécutive à la syphilis héréditaire, par Wagenhäuser (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Traitement de la surdité, du vertige et de l'otorrhée par l'excision de la membrane du tympan et des osselets, par S. Sexton (Sect. d'otol. congrès de Berlin, août 1890).

Des bruits subjectifs dans l'otite interne, par G. Gradenigo (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 9 septembre 1890).

Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. De l'examen de la perception du son à travers les os, par C. Corradi (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ein zweiter Fall von Verletzung des Bulbus der Vena jugularis interna bei Paracentese des Trommelfells. Un second cas de lésion du bulbe de la veine jugulaire interne par la paracentèse du tympan, par Hildebrandt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Zwei Fälle von Nekrose der Schnecke. Deux cas de nécrose du limaçon, par Thies (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ein Fall von erworbener Taubstummheit mit section. Un cas de surdi-mutité acquise avec examen des coupes, par P. C. Larsen et Holger Mygind (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Eine neue Method zur Gewinnung von corrosions präparaten des Ohr-labyrinths. Une nouvelle méthode pour réussir les préparations corrosives du labyrinthe de l'oreille, par O. Eichler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Otite de l'influenza, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille, par B. Gomperz (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Zur morphologie der Ohrmuschel bei gesunden und geisteskranken Menschen und bei Delinquenten. Sur la morphologie du pavillon de l'oreille chez les normaux, les aliénés et les criminels, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ueber die fossa jugularis und die Koehenlücken im Boden der Paukenhöhle. Sur la fosse jugulaire et les lacunes osseuses du fond de la cavité du tympan, par O. Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

Ueber ein neues elektrisches Akumetermodell. Sur un nouveau modèle d'accumètre électrique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, heft 3, septembre 1890).

La pyocyanine dans les maladies d'oreille, par Patrzek (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 6 août 1890).

Sur la statistique des maladies d'oreille, par K. Bürkner (*Wiener klin. Woch.*, 25 septembre 1890).

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec symptômes cérébraux, par Barth (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Observations d'affections de l'apophyse mastoïde avec remarques, par Ferrer (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Recherches bactériologiques sur les processus inflammatoires de la caisse du tympan, par Kanthack (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Histologie des polypes de l'oreille, par Klingel (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Un cas de corps étranger de la caisse du tympan, par Mandelstamm (*Zeits. f. Ohrenh.*, juillet 1890).

Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille, par Noltenius (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre et octobre 1890).

Ueber knöcherne Ankylose des Steigbügels mit demonstration mikroskopischer Präparate. Sur l'ankylose osseuse de l'étrier avec démonstration de préparations microscopiques, par Katz (*Vereln f. Innere Medicin*, 7 juillet; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Ueber Gefassneubildung im häutigen Labyrinth durch Bakterien bewirkt. Sur la formation de vaisseaux dans le labyrinthe membraneux, amenée par les bactéries, par Moos (*Wandersammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden*, 7 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Etiologie de l'otite moyenne, par Bordoni-Uffreduzzi et G. Gradenigo (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

I. Hémorragie du labyrinthe à la suite d'une anémie pernicieuse. — II. Hémorragie labyrinthique consécutive à une anémie simple. — III. Un cas d'ossification de la membrane tympanique, par J. Habermann (*Prager med. Woch.*, n° 39, 1890).

Ein neues Verfahren zur Herstellung einer bleibenden künstlichen Perforation im Trommelfell. Un nouveau moyen pour établir une perforation artificielle permanente du tympan, par Shirmunsky (Sect. d'otol. du congrès de Berlin, août 1890).

Sur l'atresie du conduit auditif externe, par Bishop (Section d'otol. du congrès de Berlin, août 1890).

Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahren bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. Sur l'abus du procédé de Politzer pour le traitement des affections de l'oreille, par K. Bürkner (*Berl. klin. Woch.*, 3 novembre 1890).

Zur ontogenetischen Bedeutung der congenitalen Fissuren des Ohrlaepchens. Du traitement ontogénétique des fissures congénitales du lobule de l'oreille, par V. Swiecicki (*Arch. f. Anat. und Phys. Anat. Abth.*, p. 255, 1890).

Compte rendu de la section otologique du 10<sup>e</sup> congrès international de médecine de Berlin, par S. Szenes (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre et octobre 1890; janvier et février 1891).

Rapport sur les malades traités à la clinique otologique du professeur J. Gruber à l'Université I. R. de Vienne pendant l'année 1889 (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., octobre 1890 et mars 1891).

Bakteriologische Beobachtungen über den Inhalt der Eustachischen Trompete bei chronischen, katarrhalischen Mittelohrentzündungen. Remarques bactériologiques sur le contenu de la trompe d'Eustache dans les otites moyennes catarrhales chroniques, par A. Maggiora et G. Gradenigo (*Cent. f. Bakteriolog. u. Parasitenkunde*, n° 19, 1890).

Handbuch der Ohrenheilkunde. Manuel d'otologie, par W. Kirchner (Un vol. de 226 pages, 3<sup>e</sup> édition, Wreden, éditeur, Berlin, 1890).

Vorlesungen über Ohrenheilkunde. Leçons sur l'otologie, par A. Bing (Un vol. de 286 pages, Braumüller, éditeur, Vienne, 1890).

Die angeborene Taubheit. La surdité de naissance, contribution à l'étiologie et à la pathogénie de la surdi-mutité, par Holger Mygind (Broch. de 119 pages, Hirschwald, éditeur, Berlin, 1890).

Traitement chirurgical de l'otite moyenne aiguë, par Szenes (*Int. klin. Rund.*, 28 septembre 1890).

Zur Ambossaries und Amboss-extraction. Sur la carie de l'enclume et son extraction. Contrôle pendant un an et continuation de la casuistique portée de 32 à 75 cas, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, H 4, décembre 1890).

Compte rendu de la 10<sup>e</sup> réunion des otologistes de l'Allemagne du Sud et de la Suisse, à Nuremberg, le 25 mai 1890, par B. Burkhardt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 30, h. 4, décembre 1890).

Beitrag zur Behandlung des sklerotischen Mittelohrleidens. Contribution au traitement de la sclérose de l'oreille moyenne, par B. Löwenberg (*Deuts. med. Woch.*, n° 28, 1890).

Deux cas de cancer du pavillon, par E. Valy (*Pester. med. chir. Presse*, 26 octobre 1890; in *Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Entwicklung der Kiemenbogen und Kiemenbogenanhänge besonders mit Rücksicht auf die Entwicklung des äusseren Ohres. Sur le développement de l'arc branchial et de ses dépendances, avec un coup d'œil en particulier sur le développement de l'oreille externe, par Schwalbe (*Naturwiss. med. Verein, Strassburg i E.*, 14 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 1<sup>er</sup> janvier 1891).

Necrologie d'A. von Trœltzsch, par H. Schwarze (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Rapport sur le fonctionnement de la clinique otologique de l'Université royale de Halle s/S du 1<sup>er</sup> avril 1889 au 31 mars 1890, par Ludewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

De l'histologie du conduit du limaçon, par L. Katz (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 31, décembre 1890).

Ueber Gehörstörungen bei Meningitis cerebros spinalis und ihre anatomische Begründung. Sur les troubles de l'ouïe dans la méningite cérébro-spinale et leur confirmation anatomique, par Schwabach (*Zeits. f. klin. med.*, Bd XVIII, h. 3, u. 4, 1890).

Hygiène des Ohres. Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino, traduction allemande d'E. Fink (Broch. de 85 pages, Druckerei Actien Gesellschaft, Hambourg, 1891).

Zur Behandlung der chronischen, eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. Sur le traitement de l'otite moyenne suppurée chronique par la perforation de la membrane de

Shrapnell, par J. Gruber (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 6 et 13 janvier 1891).

Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie. Quelques notes sur les affections de l'oreille pendant la dernière épidémie d'influenza, par S. Szenes (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, novembre et décembre 1890).

Compte rendu des travaux de la section otologique de la réunion des naturalistes et médecins allemands à Brême en 1890, par T. Koll (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, décembre 1890).

Ein einfaches Ohren-Kehlkopf, Nasenphantom. Un fantôme simple pour l'oreille, le larynx et le nez, par R. Haug (*Berl. klin. Woch.*, 12 janvier 1891).

Zur Geschichte der sinus thrombose in Folge von Otitis media. Contribution à l'histoire de la thrombose des sinus consécutive à l'otite moyenne, par E. Zaufal (*Prager med. Woch.*, n° 3, 1891).

I. Einiges zur Warzenforsatz-Eröffnung. Sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde. — II. Ein Fall von mangelhafter Bildung beider Gehörorgane. Un cas de malformation des deux oreilles, par T. Heiman (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, 1890).

Stimmgabel und Stimmgabelversuche. Diapason et essais de diapason, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, janvier 1891).

Beitrag zur Pathologie, pathologischen Anatomie und Therapie des Gehörorgans. Contribution à la pathologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique de l'organe de l'ouïe, par A. Politzer (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 13 février; in *Wiener klin. Woch.*, 19 février 1891).

Massage bei Ohren und Nasenkrankheiten. Massage dans les affections de l'oreille et du nez, par Berthold (*Verein f. wissenschaftl. Heilk. zu Königsberg t. Pr.*, 24 novembre 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 23 février 1891).

Ein Fall von hörbaren Ohrgeräuschen. Un cas de tintement d'oreille perceptible, par S. Szenes (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 février 1891).

Ueber Hörprüfung und einheitliche Bezeichnung der Hörfähigkeit. Sur l'épreuve de l'ouïe et indications internes du pouvoir auditif, par Schwabach et A. Magnus (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. Sur l'emploi de la pyoctanine en otologie, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Otite de l'influenza, par A. Jansen (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Ueber die Beziehungen der Mikroorganismen zuden Mittelohrentzündungen und ihren Complicationen. Sur les relations des microorganismes avec les inflammations de l'oreille moyenne et leurs complications, par E. Zaufal (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Compte rendu des séances de la section d'otologie du congrès international de médecine de Berlin (4-9 août 1890), par L. Blau (*Arch. f. Ohrenh.*, h. 2, u. 3, mars 1891).

Die pathologische Anatomie des Gehörorgans. L'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe, par H. Steinbrügge (Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891).

Die morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel bei Gesunden, Geisteskranken und Idioten. Les modifications morphologiques du pavillon de l'oreille chez les normaux, les aliénés et les idiots, par E. Vali (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 17 mars 1891).

Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte. Manuel d'otologie à l'usage des étudiants et des médecins, par F. Rohrer (Un vol. de 240 pages avec 125 figures, F. Deuticke, éditeur, Leipzig et Vienne, 1891).

Ueber Paracentese des Trommelfelles. Sur la paracentèse de la membrane du tympan, par Kirchner (*Phys. med. Gesellsch. zu Würzburg.*, 14 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 9 avril 1891).

Sur la fonction de l'appareil des otolithes, par I. Breuer (*Arch. f. gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 1911).

Recherches sur le contenu de la caisse chez les nouveau-nés et les animaux, par Gradenigo et Ponzo (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Des microorganismes et des complications qui en dépendent dans les maladies de l'oreille moyenne, par Gradenigo (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

La question de la perforation de la membrane de Shrapnell; remarques sur la formation des cholestéatomes, par Schmiegelow (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Du cholestéatome de l'oreille, par Kuhn (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Du cholestéatome de l'oreille moyenne, par Bezold (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Deux cas d'adénome glandulaire de l'oreille, par Klingel (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Les éminences auriculaires chez les reptiles; contribution à la philogénie de l'oreille externe, par G. Schwalbe (*Anat. Anzeiger.*, n° 2, 1891).

Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Turin, 1889-90. Compte rendu de la section otologique de la polyclinique générale de Turin, 1889-90, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

La corrosion métallique, par F. Siebenmann (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

Bericht über die im Etats-jahre 1889-90 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Rapport sur les maladies observées à la polyclinique otologique de Göttingue pendant les années 1889-90, par Bürkner (*Arch. f. Ohrenh.*, 31 band, heft 4, avril 1891).

Un nouveau cornet acoustique pour les sourds, par Aschendorf (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1891).

Atlas microphotographique de l'anatomie normale et pathologique de l'oreille, par L. Katz (1<sup>re</sup> partie contenant 10 photographies, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1891).

Innere Ohr. L'oreille interne, par G. Fano et G. Masini (*Centralblatt. f. Physiol.*, t. IV, 25).

Ueber Mittelohrentzündungen nach Nasenschlunddouche. Des otites moyennes consécutives aux irrigations nasales, par B. Löwenberg (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Zur chirurgischen Behandlung der acuten Paukenhöhlen entzündung. Traitement opératoire des inflammations aiguës de la cavité du tympan, par S. Szenes (*Centralblatt f. gesammte Therapie*, h. V, mai 1891).

Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen. Le poids des osselets de l'ouïe chez l'homme, par A. Bistrzycki et Kl. v. Kostauecki (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mars 1891).

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberkulin. Sur la marche des otites moyennes suppurées chez les tuberculeux traités par la tuberculine, par Schwabach (*Deuts. med. Woch.*, n° 20, 1891).

Le lysol et le naphtol-B dans le traitement des maladies de l'oreille, par Haug (*Munch. med. Woch.*, n° 11 et 12, 1891).

Sur une nouvelle modification du traitement par l'acide borique des otites moyennes suppurées chroniques, par Scheibe (*Munch. med. Woch.*, n° 14, 1891).

Corps étranger du conduit auditif externe, par T. Schmidt (*Munch. med. Woch.*, 21 avril 1891).

Sur le traitement des furoncles du conduit auditif, par Grünwald (*Munch. med. Woch.*, 3 mars 1891).

Ueber die funktionelle Wichtigkeit der Schnecke. Sur l'importance fon-

tionnelle du limaçon, par C. Corradi (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Sur le traitement des suppurations chroniques de l'oreille par l'acide borique avec communications sur une nouvelle préparation boriquée, par M. Jaenicke (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Drei Fälle von Otitis media acuta mit acuter Caries des Warzenfortsatzes nach Masern. Trois cas d'otite moyenne aiguë avec carie aiguë de l'apophyse mastoïde à la suite de la rougeole, par M. Bolt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Sur l'otite de l'influenza, par Hessler (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Ueber congenitale Missbildungen des Gehörorgans in Verbindung mit branchiogenen Cysten und Fisteln. Sur les malformations congénitales du conduit auditif en rapport avec les kystes et les fistules d'origine branchiale, par A. Schwendt (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd 32, h. 1, mai 1891).

Der Verlust an hohen Tönen mit zunehmenden Alter. La perte des sons élevés avec l'âge. Une nouvelle loi, par H. Zwaardemaker (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 32, h. 1, mai 1891).

De l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales, par Bjołjakow (Congrès des méd. russes; in *Neurol. Centralblatt*, 1<sup>er</sup> avril 1891).

## ERRATUM

Le Dr Hermet nous prie de rectifier ainsi qu'il suit le compte rendu de la séance du 6 juin de la *Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris* :

Page 476, au lieu de : « J'ai eu une de mes malades atteinte de syphilis, présentant une plaque muqueuse près de la trompe, chez laquelle ayant prescrit, etc., lire : « *La malade de M. Morel-Lavallée à laquelle fait allusion M. Cartaz était soignée par moi pour une otite moyenne purulente survenue au cours d'une syphilis secondaire du pharynx et chez laquelle, etc.* »

Page 476 également; au lieu de : « Chez moi du reste il existe une idiosyncrasie spéciale pour la morphine, une pilule de 0,02 1/2 me cause, etc., lire : *Un de mes maîtres dans les hôpitaux me disait ces jours derniers qu'après l'ingestion d'une pilule de 0,02 1/2 d'extrait thébaïque il avait éprouvé les symptômes d'un véritable empoisonnement.*



## NOUVELLES

---

Nous lisons dans le *Bollettino delle Malattie dell' Orrecchio*, etc., du D<sup>r</sup> Grazzi, que, par décret du 14 juin 1891, le D<sup>r</sup> E. de Rossi, professeur *extraordinaire* d'otologie et de laryngologie à l'Université royale de Rome, vient d'être promu professeur *ordinaire* pour l'enseignement de ces matières à la même Université.

Comme on le voit, les spécialités oto-laryngologiques prennent de jour en jour plus d'importance dans l'enseignement supérieur des universités étrangères et y jouissent d'une assez grande considération pour augmenter le degré scientifique du grade professoral.

---

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Terapia clinica dei difterici coll' esame critico degli ultimi metodi di cura in specie della scuola medica francese basato sulla propria osservazione clinica e sugli ultimi progressi della batteriologia nella difteria (Thérapeutique clinique des diphthéritiques avec l'examen critique des dernières méthodes de traitement, en particulier de l'école médicale française, basé sur l'observation clinique de l'auteur et sur les derniers progrès de la bactériologie de la diphthérie, par V. COZZOLINO. (In-8° de 100 pages avec figures ; prix : 2 francs ; L. Vallardi, éditeur, Milan, 1891.)

L'istrumentario e la tecnica chirurgia pei seni nasali (frontali, mascellari, etmoidali e sfenoidali) (Les instruments et la technique chirurgicale pour les sinus du nez (frontaux, maxillaires, ethmoïdaux et sphénoïdaux), par V. COZZOLINO. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' Orecchio, Gola e Naso*, n° 6, 1891.)

Stricture of the larynx (Rétrécissement du larynx), par J. SOLIS-COHEN. (Leçon faite au « Jefferson Medical College », Philadelphie, 1891.)

Note sur quelques points spéciaux relatifs au diagnostic et au traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par DESCHAMPS. (*Dauphiné Médical*, juin 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (Juin et juillet 1891 ; Lecrosnier et Babé, éditeurs.)

Despre vegetatiunile adenoide ale faringelin nasal si in special despre tratament si complicatiunile lui (Des végétations adénoïdes du pharynx nasal et de leurs complications), par G. NICULESCU. (*Thèse de doctorat de la Faculté de médecine de Bucharest*. Cucu, éditeur, Bucarest, 1891.)

Tres casos de laringisme inhibitorio, par R. BOTEV. (Tirage à part des *Arch. int. de lar.-otol.*, etc., juillet-août 1891.)

The first annual report of the Eye, Ear, Nose and Throat hospital (Premier compte rendu annuel de l'hôpital pour les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, ouvert à la Nouvelle-Orléans le 15 juillet 1889.)

On the value of the inhalation of chlorine gas and the use in of iodine and chloride of gold and sodium hypodermically in the treatment of pulmonary consumption with an abstract of the clinical history of twenty seven cases (Valeur des inhalations de chlore et l'emploi hypodermique de l'iode et du chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la phthisie pulmonaire; avec un extrait de 27 observations), par H. GIBBES et E. L. SHURLY. (Extrait de *the Therap. Gazette*, 15 août 1891.)

Zur Bekaempfung des Glottis krampfes nach endolaryngealen Eingriffen (Moyen d'éviter le spasme de la glotte dû à des opérations endo-laryngées, par R. KAYSER. (Extrait du *Therap. Monatsch.*, octobre 1890.)

Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs, par M. MANDELSTAMM. (Broch. de 48 pages; H. Jouve, imprimeur, Paris, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

